

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

João Paulo Almeida Brito da Silva

PROGRAMAS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:
Análise do cenário de implantação e resultados programáticos.

Brasília

2017

João Paulo Almeida Brito da Silva

PROGRAMAS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:

Análise do cenário de implantação e resultados programáticos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas de Saúde da Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas de Saúde. Área de concentração: Políticas públicas de Saúde.

Orientador: Dr. Jorge Otávio Maia Barreto

Brasília

2017

S586p Silva, João Paulo Almeida Brito da
Programas de qualificação da atenção básica no Brasil: análise do cenário de implantação e resultados programáticos / João Paulo Almeida Brito da Silva. – Brasília : Fiocruz, 2017.
125 f. : tab. ; graf.

Orientador: Jorge Otávio Maia Barreto
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Fiocruz de Governo, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Integralidade em Saúde. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Qualidade da Assistência à Saúde I. Barreto, Jorge Otávio Maia. II. Título.

CDD 614.2

Catálogo na fonte: Aline Santos Jacob/CRB1-2639

João Paulo Almeida Brito da Silva

PROGRAMAS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:
Análise do cenário de implantação e resultados programáticos.

Trabalho de Conclusão de Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas de Saúde. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em: 27/07/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Otávio Maia Barreto. Orientador. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Erika Rodrigues de Almeida. Ministério da Saúde - MS

Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dedico este trabalho a toda a classe trabalhadora que, com seu suor, por muitas vezes seu sangue e vida, luta e contribui diuturnamente para a garantia da saúde como um direito humano básico. Aos meus pais, que por muitas vezes abriram mão de seus sonhos para que eu alcançasse os meus. E aos governos Lula e Dilma, que com suas políticas de inclusão social possibilitaram que este sertanejo do interior da Bahia pudesse acessar espaços que dantes apenas aos filhos da burguesia era permitido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a minha família, meus pais Darivaldo e Gilene por todo amor, confiança, companheirismo e apoio em toda a minha trajetória, mesmo quando ela nos distanciou fisicamente, estando sempre ao meu lado. Assim como aos meus irmãos, Renan, Eder, Ana Paula e Nino que sempre estiveram incondicionalmente ao meu lado em todos os momentos da minha vida. Agradeço aos meus colegas de mestrado por todo conhecimento socializado e por terem ajudado a construir este caminho mais suave. Aos camaradas de trabalho/militância da AAIS que tornaram Brasília minha segunda casa e dividiram comigo o sonho de trabalhar num projeto que propiciou assistência a milhões de brasileiro(a)s em todos os cantos do país. Também a escola Fiocruz de Governo, com destaque nas pessoas de Fabiana e Armando que tão bem me acolheu. Ao meu orientador Jorge Barreto pela confiança e companheirismo que tornou esta jornada mais tranquila. Agradeço às trabalhadoras e trabalhadores deste país que em sua labuta diária construíram as bases para que um dos seus pudesse se apropriar de espaços, antes nos negado, para fortalecer nossa. Ao Partido dos trabalhadores e aos camaradas de militância por terem me forjado o militante que sou. E por fim agradeço ao presidente Lula por ter dado início e dirigido um projeto que levasse dignidade ao povo brasileiro e a presidenta Dilma pela continuidade na construção deste processo e pela força e garra de enfrentar a burguesia corrupta deste país.

Do rio que tudo arrasta se diz que é violento.
Mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem.

Bertolt Brecht

RESUMO

A Atenção Básica ganhou destaque na agenda política da saúde brasileira principalmente por meio de programas como o Programa Mais Médicos para o Brasil, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade e o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Este trabalho avaliou a implantação dos programas federais de qualificação da Atenção Básica no âmbito municipal utilizando a análise de implantação como metodologia e adotando modelo estatístico descritivo e analítico. A adoção de método estatístico ajustando a média de cobertura permitiu uma melhor leitura do cenário da saúde da família nos municípios apontando para um cenário de elevada média de cobertura e baixa média de incompletude. Estas equipes tiveram avaliação, de modo geral, positiva no primeiro ciclo do PMAQ e a infraestrutura das unidades demonstraram alto percentual de inadequação. Os municípios apresentaram baixo desempenho nos programas, principalmente no Requalifica UBS com média de execução dos projetos muito superior ao prazo estabelecido, a redução do desempenho dos municípios nas avaliações do PMAQ AB e o crescimento do número de equipes aquém do possibilitado pelo PMMB. As variáveis independentes apresentaram pouco influencia na taxa de mortes evitáveis e no percentual de ICSAP indicando a existência de variáveis de contexto com forte relação com as variáveis dependentes e a necessidade de ampliação de estudos sobre a utilização destes indicadores. Conclui-se que a qualificação da gestão em saúde e a construção de modelos avaliativos continuam sendo grandes desafios para o fortalecimento da AB e a consolidação do SUS.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Atenção Primária a Saúde. Gestão em Saúde. Avaliação em saúde. PMAQ. Requalifica UBS. PMMB.

ABSTRACT

Basic Health Care was highlighted in the Brazilian health policy agenda mainly through programs such as the Mais Médicos Program for Brazil, the Access and Quality Improvement Program and the Basic Health Units Requalification Program. Federal programs for the qualification of Basic Attention in the municipal scope using the analysis of implantation as methodology and adopting statistical model descriptive and analytical. The adoption of a statistical method adjusting the average coverage allowed a better reading of the family health scenario in the municipalities, pointing to a scenario with a high average coverage and a low average of incompleteness. These teams were generally positive in the first cycle of PMAQ and the infrastructure of the units showed a high percentage of inadequacy. Municipalities had poor performance in the programs, mainly in the Requalifica UBS, with average project execution much longer than the established deadline, the reduction of the municipalities' performance in the PMAQ AB evaluations and the growth of the number of teams, less than that allowed by the PMMB. The independent variables had little influence on the rate of avoidable deaths and on the percentage of ICSAP indicating the existence of context variables with a strong relation with the dependent variables and the need to expand studies on the use of these indicators. It is concluded that the qualification of health management and the construction of evaluative models continue to be great challenges for the strengthening of AB and the consolidation of SUS.

Keywords: Public policy. Primary Health Care. Health Management. Health evaluation. PMAQ. Requalifica UBS. PMMB

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CSAPS	Causas Sensíveis à Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipes de Saúde da Família
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FP	Faixa Populacional
ICSAP	Internação por Causas Sensíveis à Atenção Primária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
Requalifica UBS	Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIS	Sistemas de Informação de Saúde
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UF	Unidade Federativa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo lógico do PMAQ.....	50
Figura 2 – Modelo lógico do Programa Requalifica UBS.....	54
Figura 3 – Modelo lógico do PMM.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do número de EqSF no Brasil, 2010-2016.....	32
Gráfico 2- Percentual de ICSAP nas internações hospitalares, Brasil, 2010-2015.....	44
Gráfico 3 – Taxa de mortalidade por causas evitáveis, Brasil, 2008-2015.....	47
Gráfico 4- Evolução do número de médicos da estratégia de Saúde da Família e de Medicina de Família e comunidade de 2011 a 2016, Brasil, 2017.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos programas de qualificação dos processos assistenciais na APS: PMAQ-AB, Mais Médicos e Requalifica UBS.....	21
Quadro 2 - Dimensões, conceitos e indicadores de acesso, segundo Sanchez (55).....	40
Quadro 3 - Conceito, critérios e parâmetros de financiamento do PMAQ.....	49
Quadro 4 - Parâmetros e faixa de financiamento do componente Reforma de UBS.....	52
Quadro 5 – Parâmetros e faixa de financiamento do componente Construção de UBS.....	53
Quadro 6 - Perfil e descrição de classificação dos municípios para o PMM.....	56
Quadro 7- Classificação dos tipos de cadastramento de EqSF segundo o DAB, 2016.....	59
Quadro 8- Parâmetro de análise do atendimento dos prazos estabelecidos em portaria.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de médicos por 1.000 habitantes por região e UF, Brasil, 2013.....	38
Tabela 2 - Distribuição de médicos do MM por região e perfil, Brasil, 2015.....	57
Tabela 3. Cobertura de saúde da família e de equipes incompletas nos municípios por região, Brasil, 2001 e 2013.....	64
Tabela 4. Cobertura de saúde da família e de equipes incompletas nos municípios por Faixa populacional, Brasil, 2001 e 2013.....	66
Tabela 5- Conceito das EqSF na 1ª avaliação do PMAQ por região, Brasil, 2012.....	68
Tabela 6- Conceito das EqSF na 1ª avaliação do PMAQ por Faixa populacional, Brasil, 2012.....	69
Tabela 7. Conceito das UBS na avaliação do 1º ciclo do PMAQ – 2012 nos municípios, por região, Brasil, 2012.....	70
Tabela 8 - Conceito das UBS na avaliação do 1º ciclo do PMAQ nos municípios, por faixa populacional, Brasil, 2012.....	70
Tabela 9 - Quantitativo e percentual de inadequações de ambientes das UBS, Brasil, 2012...71	71
Tabela 10. Comparativo do conceito das EqSF no 1º e 2º ciclo do PMAQ, Brasil, 2015.....	72
Tabela 11- Evolução do conceito das EqSF na avaliação do 1º e 2º ciclo do PMAQ, Brasil, 2015.....	72

Tabela 12- Percentual por conceito das EqSF nas avaliações do 1º e 2º ciclos do PMAQ nos municípios por região, Brasil, 2015.....	73
Tabela 13- Percentual por conceito das EqSF nas avaliações do 1º e 2º ciclos do PMAQ nos municípios por Faixa Populacional, Brasil, 2015.....	74
Tabela 14- Quantitativo e média percentual da execução dos projetos do REQUALIFICA UBS nos municípios por tipo de obra e região, Brasil, 2015.	75
Tabela 15- Quantitativo e média percentual da execução dos projetos do Requalifica UBS nos municípios por tipo de obra e faixa populacional, Brasil, 2015.	76
Tabela 16- Média de execução das propostas, em meses, por tipo de obra por região, Brasil, 2016.	77
Tabela 17- Média de execução das propostas, em meses, por tipo de obra por Faixa Populacional, Brasil, 2016.....	78
Tabela 18- Média percentual de redução das equipes incompletas nos municípios por região, Brasil, 2016.....	79
Tabela 19- Média percentual de redução das equipes incompletas nos municípios por faixa populacional, Brasil, 2016.	79
Tabela 20- Variação percentual média do numero de EqSF implantadas nos municípios no período de 2013-2016 por região, Brasil.	80
Tabela 21- Variação percentual média do número de EqSF implantadas nos municípios no período de 2013-2016 por faixa populacional, Brasil, 2016.	81
Tabela 22 – Regressão sobre a taxa de mortes por causas evitáveis por região, Brasil, 2016.	81
Tabela 23 – Regressão sobre a taxa de mortes evitáveis por variáveis independentes, por região, Brasil, 2016.....	82
Tabela 24 - Regressão da taxa de mortes evitáveis por faixa populacional, Brasil, 2016.....	83
Tabela 25 - Regressão da taxa de mortes evitáveis por variáveis independentes, por faixa populacional, Brasil, 2016.	83
Tabela 26 - Regressão % ICSAP por variáveis independentes, por região, 2016.....	84
Tabela 27 - Regressão ICSAP por variáveis independentes, por região, Brasil, 2016.....	85
Tabela 28 - Regressão sobre o percentual de ICSAP, por faixa populacional, Brasil, 2016....	85
Tabela 29 - Regressão sobre o percentual de ICSAP, por faixa populacional, Brasil, 2016....	86

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1. Gestão municipal em saúde	25
2.2. Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família	28
2.3. Avaliação da Atenção Básica.....	32
2.4. Infraestrutura das unidades de saúde	34
2.5. Provimento e distribuição de médicos no Brasil	36
2.6. Acesso à atenção à saúde.....	39
2.7. Internações por condições sensíveis à Atenção Básica.....	41
2.8. Óbitos evitáveis	44
2.9. PMAQ-AB.....	47
2.10. Requalifica UBS	50
2.11. Programa Mais Médicos	54
3. METODOLOGIA	58
3.1. Definição do estudo	58
3.2. Modelo descritivo-analítico	59
3.2.1. Sistemas de Informação Utilizados	61
3.2.2. Informações Fornecidas pelo Ministério da Saúde.....	61
3.2.3. Variáveis selecionadas	61
3.3. Coleta e análise dos dados quantitativos	62
4. RESULTADOS	64
4.1. Cenário de implantação dos programas.....	64
4.1.1. Cobertura de saúde da família na instituição dos programas.....	64
4.1.2. Desempenho na 1ª avaliação do PMAQ AB.....	67
4.1.3. Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde	69
4.2. Desempenho municipal na implantação dos programas.....	71
4.2.1. Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade	71
4.2.2. Requalifica UBS	74
4.2.3. Programa Mais Médicos	78
4.3. Modelo Analítico	81
4.3.1. Taxa de Mortes Evitáveis.....	81
4.3.2. Modelo Analítico sobre o percentual de ICSAP.....	84
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
5.1. Análise do cenário de implantação dos Programas	87
5.1.1. Saúde da Família na Instituição dos Programas	87
5.1.2. Avaliação das EqSF no 1º ciclo do PMAQ AB	91
5.1.3. Infraestrutura Física das Unidades.....	93
5.2. Desempenho municipal nos programas	96
5.2.1. Programa Nacional e Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica	96
5.2.2. Requalifica UBS	97
5.2.3. Programa Mais Médicos para o Brasil.....	99
5.3. Modelo analítico	101
5.3.1. Taxa de Mortes Evitáveis.....	101

5.3.2. Percentual de ICSAP	104
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	112
Anexo A - Lista de Causas de Mortes Evitáveis	120
Anexo B - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária.....	122

1. INTRODUÇÃO

Os movimentos de descentralização e desconcentração são a característica da nova ordem dos Estados nacionais nos últimos vinte anos. No Brasil o federalismo foi introduzido em 1889, detalhado na constituição de 1891 e por mais de um século foram adotados diferentes modelos, contidos nas sete constituições e atravessando regimes autoritários e democráticos (1) (2). Durante esse período, o país passou por momentos de centralização e descentralização, especialmente devido às disputas entre os governos centrais e as oligarquias locais (3).

A partir da Constituição de 1988 foi instituído o modelo tridimensional brasileiro, com a recepção dos municípios como elemento integrante que forma um sistema peculiar e exótico. Tal modelo, em três níveis, refletiu a longa tradição brasileira sobre o controle escasso e frágil dos estados sobre as questões locais e a autonomia dos municípios (2) (3).

Ao adotar esse modelo, o Brasil adentrou ainda mais na discussão entre centralização, descentralização e autonomia dos entes federativos, sendo cada vez mais necessária a clareza dos papéis de cada ente na formulação e execução das políticas (4).

A regulação federal é um fator relevante para o exame das desigualdades territoriais no acesso às políticas públicas, pois, mesmo os entes federados, apesar de autônomos politicamente e com responsabilidades na arrecadação de tributos e execução de políticas, têm sua agenda afetada pela regulação nacional, assim como suas atribuições foram regulamentadas pela Constituinte, inclusive, para o compartilhamento e divisão institucional de competências (4) (2).

No âmbito da descentralização das funções administrativas e à prestação de ações e serviços no território nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se dentre as demais políticas, sendo considerada por analistas como a mais exitosa experiência na articulação

federativa brasileira, servindo de modelo para outras áreas sociais (5), conforme observado por Nogueira:

Os resultados positivos alcançados pelo SUS na articulação federativa e no processo de descentralização têm sido destacados por inúmeros pesquisadores. Abrúcio (2005) afirma que “a saúde é, sem dúvida alguma, a política pública de maior destaque no quadro federativo desde a constituição de 1988”. Por sua vez, Arretche (2002) salienta que “a municipalização da gestão dos serviços foi elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso”. Ainda mais incisivo, Nassif (2009), um respeitado jornalista de economia, afirma sobre o SUS que se trata do “mais bem-sucedido modo de articulação federativa até agora desenvolvido no país” (p. 25 - 26). (5)

Devido ao seu modelo tido como peculiar, o federalismo brasileiro apresenta especificidades dignas de destaques na área da saúde, tendo em vista que os entes federados têm muitas responsabilidades na implantação das políticas públicas, mas a diversidade em portes, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional implicam em diferentes contextos e possibilidades, além do fato de que o próprio federalismo brasileiro ainda não está consolidado em vários aspectos (6).

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF) instituiu a saúde pública como competência comum dos entes federativos, com atribuições comuns e específicas, e a descentralização com direção única em cada esfera de governo como diretriz organizativa do SUS, cujo financiamento deve ser tripartite (7).

Juntamente com a descentralização, a hierarquização é um princípio estruturante do SUS, e, com isso, a prestação da assistência à saúde está dividida em três níveis hierárquicos: Atenção Básica (AB) (em muitos países é denominada de Atenção Primária à Saúde), Média Complexidade e Alta Complexidade. O conjunto desses serviços deve estar articulado em uma rede de atenção à saúde, tendo a AB a função de porta de entrada preferencial e de orientar o modelo e a rede de atenção para ofertar ações e serviços organizados. Tem como premissas basilares, além da assistência, a prevenção de doenças e a promoção da saúde, intervindo na saúde individual e coletiva (8).

Historicamente no Brasil, as ações de AB foram desenvolvidas em diversos âmbitos, mas sem uma clara organização política e de atuação, baseando-se em ações isoladas e com limitações em sua concepção e campo de atuação. Apenas na década de 90, a AB passou a figurar na agenda governamental, sendo favorecida pela criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, inspirado em experiências municipais similares e pelo avanço do processo de descentralização das ações governamentais (9).

Mesmo após a conferência de Alma-Ata, que definiu diretrizes para os cuidados primários de saúde na formulação de políticas de saúde, e a incorporação de seus princípios no SUS, ainda não se havia formulado uma política nacional de AB e as ações baseavam-se em experiências localizadas e implementadas de modo disperso, até que o PSF passou a representar a proposta de maior alcance do governo brasileiro, para a organização da AB (10).

Com o PSF, evidenciou-se uma nova relação na política de saúde incluindo diversos atores sociais, provocando mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema e na alocação dos recursos, o que o levou a constituir-se como estratégia de reforma incremental do sistema de Saúde (9).

Consistindo a estratégia de organização dos serviços de saúde e de reorientação do modelo assistencial, a rápida expansão do PSF e a conseqüente ampliação do acesso aos serviços básicos, especialmente para as populações mais carentes, garantiu o reconhecimento de sua importância, alcançando a sua incorporação ao discurso e agenda de governo (11).

Durante as duas últimas décadas foram empreendidos mais esforços na consolidação da AB, consolidando sua prioridade na agenda política do SUS, evidenciada pela elaboração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na criação de programas com o objetivo de fortalecer e ampliar seu papel e escopo na rede de atenção à saúde (12).

O Ministério da Saúde (MS) oficializou em 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorganização da AB, através da PNAB 2006, com caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional para atuar no território, desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação local, buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção de cidadania. A partir dessa estratégia tem-se buscado operar a mudança do modelo de atenção à saúde, visando à reorganização e reorientação do modelo assistencial (12) (13).

Após a PNAB 2006, a AB voltou a ter destaque no conjunto de ações e programas de construção do SUS. A partir deste período, foi instituída uma série de medidas para o aprofundamento e aprimoramento do papel e importância da AB nas políticas nacionais, com relevância para a edição das portarias ministeriais que instituíram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e a revisão da PNAB (14).

No início de 2011, a partir de um diagnóstico situacional realizado no MS, foi caracterizado um quadro de desafios que implicavam no seu desenvolvimento, destacando-se: i) financiamento insuficiente da Atenção Básica; ii) infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS) inadequada; iii) necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis; iv) necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; e v) inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores (14).

No âmbito dos programas federais para o fortalecimento da AB, o PMAQ-AB, instituído pela Portaria nº 1.654/2011, teve o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, para garantir padrões de qualidade comparáveis em nível nacional, regional e local, permitindo mais transparência e efetividade das ações de AB (15).

Este programa não pode ser compreendido fora do contexto de efetiva valorização e de definição da AB como porta de entrada do SUS e da rede de atenção, destacando o disposto no Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e as portarias das redes de atenção (16).

O Programa Requalifica UBS foi instituído em 2011, com o objetivo de apoiar financeiramente a qualificação das UBS no território nacional e melhorar sua infraestrutura, adotando três linhas de ação: ampliação, reforma e construção de unidades (17).

A revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a ESF e o PACS, foi realizada pelo MS mediante a publicação da Portaria nº 2.488, em 21 de outubro 2011, que reformulou a PNAB (18). A AB foi consolidada como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção à saúde, com funções para contribuir com o funcionamento desta e com atributos de ser base, resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (13).

Em 2013, o problema da baixa relação médico/habitante existente no Brasil, inclusive muito abaixo dos números encontrados nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), bem como das grandes disparidades entre as regiões do país ganhou destaque. Naquele ano, o Brasil possuía 1,8 médicos para cada mil habitantes, enquanto na Argentina esta proporção era de 3,2, no Uruguai 3,7 e no Reino Unido, referência para o Governo Federal, era de 2,7 médicos por cada grupo de mil habitantes (12) (19).

A região Norte, que tinha a situação menos favorável, apresentava 0,98 médicos por mil habitantes, enquanto o Sudeste contava com 2,6 médicos, em 2013. Esta distribuição desigual resultava em dificuldades na formação de Equipes de Saúde da Família (EqSF), levando a maiores problemas na fixação de profissionais em zonas remotas e menos favorecidas e contribuindo para uma elevada rotatividade de profissionais no país (19) (12).

Tal questão tem relação direta com a lacuna da regulamentação estatal no mercado de trabalho, principalmente o médico. Assim, atendendo a reivindicações políticas e sociais,

foi criado pelo Governo Federal através de Medida Provisória, posteriormente convertida na Lei nº 12.871/2013, o Programa Mais Médicos (PMM), o qual somou-se às ações de fortalecimento da AB, estruturado em três eixos: i) formação para o SUS; ii) melhoria da infraestrutura das UBS; e iii) provimento emergencial de médicos. Entre seus objetivos, destacam-se a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a prestação de serviços de AB no País, e o aprimoramento da formação médica (12) (20).

Cabe ressaltar que o PMM prevê ações de curto, médio e longo prazo. Entre seus pilares está a provisão de profissionais nas regiões com escassez desta categoria profissional (19), uma ação que prevê execução em curto prazo e que apresenta elementos concretos para a avaliação neste momento da sua implementação.

No conjunto das ações e programas em andamento para o fortalecimento e a qualificação da AB, os três supracitados, devido ao aporte financeiro, a cobertura referente aos municípios, às equipes da ESF e os desafios que visam enfrentar, são os principais destaques na política de qualificação da AB nos últimos anos (12), que para Giovanella et al:

À PNAB somam-se programas do governo federal que promovem a melhoria do acesso e da qualidade da APS, investimentos nas unidades básicas de saúde (UBS) e provisão de médicos para as equipes de atenção básica (AB). Destacam-se, assim, o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com indução financeira para a avaliação de desempenho das equipes AB e adesão expressiva dos municípios em todas as regiões. O Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) direciona investimentos financeiros para a construção, reforma e ampliação de unidades básicas, constituindo-se em importante intervenção na infraestrutura de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Para enfrentar a insuficiência e rotatividade de profissionais médicos, o Programa Mais Médicos (PMM) oferta aporte financeiro para a provisão emergencial de médicos para equipes de atenção básica e da estratégia saúde da família (ESF), e direciona a formação médica para a atuação em APS. Os três programas governamentais em sua formulação convergem no sentido de enfrentar problemas consensuais para a constituição de uma APS forte, abrangente e que, se espera, exerça a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde. Estes problemas são: a infraestrutura precária em diversas UBS; a escassez de recursos humanos, principalmente médicos; e a ausência de uma cultura avaliativa no cenário da APS. (p. 2698) (12)

O Quadro 1, extraído de Giovanella et al (12), apresenta uma sistematização das características de cada Programa, sua normatização, aporte de recursos e os critérios de

participação, dentre outros importantes elementos. Através dele é possível observar a dimensão dos Programas no que se refere à quantidade de equipes e UBS participantes e aos recursos alocados (12).

Quadro 1 - Características dos programas de qualificação dos processos assistenciais na APS: PMAQ-AB, Mais Médicos e Requalifica UBS.

Características	PMAQ-AB	PMM	Requalifica UBS
Objetivos	Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por meio da instituição de processos contínuos de avaliação de qualidade. Criação do componente qualidade do PAB variável.	Diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias do SUS e reduzir desigualdades. Formar recursos humanos na área médica para o SUS a partir de 3 eixos: - criação de mais vagas e novos cursos de medicina, com diretrizes curriculares revisadas; - ampliação e melhoria da infraestrutura das UBS; - provimento emergencial de médicos.	Criar incentivos financeiros para a reforma, a ampliação e a construção de UBS provendo condições adequadas para o trabalho em saúde e melhor ambiência para o atendimento ao usuário.
Marco legal de criação do Programa	Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.	Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.	Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011.
Setor responsável	DAB/MS	SGTES/MS e MEC	DAB/MS e MPOG
Ano de implantação	2011	2013	2011
Equipes e UBS participantes	Censo: 38.812 UBS EqAB adesão ciclo 1: 17.202 EqAB adesão ciclo 2: 30.522 em 24.055 UBS	12.284 UBS 17.074 médicos (set.2015)	26.277 propostas, sendo 18.036 UBS com CNES e 7.749 para construção de novas UBS sem CNES
Recursos aplicados (Reais)	Ciclo 1: 770 milhões (2011/2) Ciclo 2: ~ 4 bilhões (2013/4)	~ 2 bilhões (2014)	Total de ~ 5 bilhões (2011 a 2015) inclui recursos MS +MPOG
Critérios de participação	Equipes completas. Monitoramento pelo SCNES. O número limite de adesão de equipes por município varia de acordo com o ciclo.	Municípios mais vulneráveis (que possuem 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, ou entre os 100 municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita”), e a população usuária do SUS não coberta pela atenção básica.	Cada UBS poderá passar por um dos projetos por vez: construção, reforma ou ampliação. Município enviará relatórios periódicos sobre a situação da obra. Monitoramento pelo SISMOB.

Fonte: Giovanella et al, 2016.

Analisando os dados disponibilizados publicamente dos programas, em 2013 observa-se que o Requalifica UBS incluía 5.095 municípios ao aprovar 10.121 propostas de

construção de novas unidades, 8.506 propostas de ampliação de unidades existentes e 8.349 propostas de reformas de unidades existentes, alcançando um valor total de R\$ 5.597.859.500,29, para o financiamento destas propostas, dos quais R\$ 3.343.290.331,68 já teriam sido repassados aos municípios até 2015. Destas, os percentuais de conclusão dos projetos eram de 23,9% para construção, 43,5% para ampliação e 57,6% para reforma (21).

No primeiro ciclo do PMAQ (2011-2012), participaram 17.482 EqSF, em 3.972 municípios brasileiros. Dentre as equipes avaliadas, 327 foram desclassificadas. Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), citando o MS como fonte, “em relação à classificação das equipes do PMAQ, 16,5% foram classificadas como ótimas, 37,2% boas, 44,1% regulares e 2,2% insatisfatórias” (22).

Por fim, o PMM, até junho de 2015, havia provido 18.240 profissionais, em 4.058 municípios, garantindo o acesso de mais de 63 milhões de pessoas a consultas médicas e potencialmente ampliando a cobertura nacional da ESF (19). Em julho de 2013, o Brasil possuía 34.712 equipes da ESF cadastradas, com cobertura populacional estimada de 55,89% e no mesmo mês de 2015, havia 39.967 EqSF cadastradas, com de cobertura populacional estimada de 62,56% (23).

Tais informações levam ao interesse as questões relacionadas à eficiência e efetividade dos programas e seus reflexos sobre os indicadores de saúde da população. Nesse sentido, avaliar estas iniciativas consiste no intuito de produzir conhecimento para orientar a tomada de decisão quanto à viabilidade, à disponibilidade de tempo e de recursos, e às demandas externas à pesquisa (24).

Assim, o PMM, o Requalifica UBS e o PMAQ constituem intervenções complexas para qualificar a AB no Brasil, que enfrentam problemas distintos: a infraestrutura precária em diversas UBS; a escassez de recursos humanos, principalmente médicos; e a ausência de uma cultura avaliativa no cenário da APS (12).

OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação dos programas federais de qualificação da Atenção Básica no âmbito municipal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o cenário de implantação dos Programas;
- b) Analisar o desempenho dos municípios na implantação dos programas;
- c) Analisar a influência dos programas sobre indicadores de hospitalização e mortes evitáveis;

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos: i) introdução, que apresenta os elementos basilares para o surgimento e desenvolvimento da pesquisa; ii) revisão da literatura, que traz os fundamentos que orientaram a pesquisa; iii) a Metodologia, que apresenta o conceito e tipologia do estudo realizado, assim como os métodos e técnicas utilizadas para a captação, o tratamento e a análise dos dados; iv) resultados, obtidos em cada etapa da pesquisa; v) discussão; e vi) considerações finais acerca dos achados, avanços e limites da pesquisa.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura busca apresentar de forma sistematizada os conceitos utilizados para a realização deste estudo, partindo da discussão sobre gestão municipal em saúde, passando pelas interações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e óbitos evitáveis e apresentando os principais elementos constitutivos dos programas estudados.

No intuito de uma melhor organização, inicia-se pela discussão sobre gestão municipal da saúde, abordando os conceitos e bases legais. Em seguida, são discutidos conceitos e abordagens sobre APS, AB e Saúde da Família (SF), assim como a forma organizativa desta dentro do SUS, abordando o seu papel dentro do modelo de atenção. Logo após, são abordadas questões relativas à avaliação da AB, buscando trazer as abordagens atuais sobre o tema. A partir disso, discutem-se os principais temas abordados como desafios: a infraestrutura física das UBS, abordando sua importância no desenvolvimento das atividades dos profissionais e as normativas dispostas sobre ela; o provimento de profissionais médicos que aponta para uma reflexão de demanda histórica no Brasil e no mundo; e o acesso à AB como ponto chave na construção da rede de atenção à saúde do SUS.

Tendo em vista os indicadores de ICSAP e óbitos evitáveis constituírem variáveis de interesse nas análises deste estudo, buscou-se situar a construção desses indicadores no Brasil. Por fim, apresenta-se uma abordagem geral sobre a constituição dos três programas abordados neste estudo (PMAQ, Requalifica UBS e PMM) na agenda de governo, seus objetivos e perspectivas. Articulados aos resultados encontrados, esses elementos forneceram suporte para as discussões desta pesquisa.

2.1. Gestão municipal em saúde

A CF incumbe à Administração Pública o compromisso de garantir a ordem social e econômica do Estado brasileiro, concedendo prerrogativas que distinguem seus órgãos, entidades e agentes das demais instituições e agentes políticos, podendo ser conceituada como o conjunto de meios institucionais, materiais, financeiros e humanos preordenados à execução das decisões políticas, destinado à promoção do modelo de Estado e à viabilização dos objetivos dispostos na Constituição. Sendo assim, em sentido estrito, um sistema específico de órgãos, entidades e agentes por meio dos quais o Estado se manifesta, cabendo-lhe o exercício do poder político e ação administrativa (25).

Neste sentido, abrange órgãos que exercem função política, estabelecendo diretrizes e programas de ação governamental, os planos de atuação do governo e fixando as denominadas políticas públicas e, também, órgãos e pessoas jurídicas com encargo meramente administrativo, executando políticas públicas formuladas no exercício da referida atividade política. Tem como marco regulatório o Decreto-Lei n.º 200 de 1967 (25).

Instituído na Constituição de 1988, sendo posteriormente regulamentado por um conjunto de leis, o SUS vem ao longo do tempo construindo suas próprias prerrogativas de gestão, complementando o disposto na regulamentação da Administração Pública Geral (5). A Lei nº 8.080/90 traz, dentre os princípios do SUS, um conjunto de princípios e diretrizes para as ações e serviços de saúde e aponta para a sua organização e gestão que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente; que sua direção é única, sendo exercida no âmbito da União pelo MS, no âmbito dos Estados e do Distrito Federal pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes e no âmbito dos Municípios pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes (26).

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Este diploma legal apresenta o controle social como estratégia de democratizar a gestão do SUS, instituindo que em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, contará com o Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, e a Conferência de Saúde, que deverá se reunir a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, como instâncias colegiadas. Cada uma das instâncias deve contar com representação da sociedade civil, como trabalhadores, usuários e prestadores (27).

Estabelece também a forma como os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados, orientando a obrigatoriedade da criação dos fundos para a transferência de recursos da União para estados e municípios, e determinando a elaboração de relatórios de gestão para o devido controle e acompanhamento das ações pelo controle social (27) (28).

Durante a década de 1990 foram editadas Normas Operacionais Básicas (NOB) e em 2001 e 2002 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que se constituíram em documentos fundamentais no processo de concretização da descentralização do SUS por terem induzido a reformulação das funções e das relações interfederativas, demonstrando, através de um conjunto contínuo de determinações, uma tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização aos modelos de atenção à saúde e financiamento (28).

Ao longo do tempo, um conjunto de leis e decretos foi editado com o intuito de aditar à Lei nº 8.080/90 e viabilizar a operacionalização do SUS, como o Decreto nº 1.232/94, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal; o Decreto nº 1.651/95, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria; e a Lei Complementar nº 141/2012, que dispõe sobre os procedimentos de condicionamento e reestabelecimento das

transferências de recursos provenientes das receitas pertencentes aos municípios da repartição das receitas tributárias de acordo com a Constituição Federal (29).

Com o processo de descentralização, aos municípios coube a responsabilidade de implantar a maior parte das políticas públicas e prestar serviços públicos à população. No entanto, a forma histórica de organização das instituições de saúde e sua participação no conjunto da assistência, delegava para o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e para o setor privado contratado a execução da assistência na rede e nas cidades de maior porte e nos demais municípios se encarregavam funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, ficando sempre a cargo das secretarias estaduais.

Essa transferência progressiva de responsabilidades e funções encontrou, na grande maioria das vezes, gestões municipais sem o devido preparo para tal (30). Segundo Lenir Santos (31), a saúde como direito fundamental vem sendo implantada a partir do enfrentamento de grandes desafios, sendo que para a sua devida implantação faz-se necessário ter um Estado que se harmonize com esse dever, tanto do ponto de vista administrativo quanto de prover os recursos financeiros necessários. Neste sentido, a efetividade do direito à saúde passa pela Administração Pública, o que não ocorreu a contento até os dias de hoje (31).

Nascido na contramão dos países centrais, a respeito do papel do Estado na garantia de direitos sociais, o SUS emergiu em meio à discussão do Estado mínimo, em que este não tem o papel de ser prestador de serviço, mas sim delegatário, encontrando-se com um modelo de Estado e de Administração Pública em crise e neoliberal. Com a introdução de novos paradigmas em sua gestão, como o modelo federado de compartilhamento de responsabilidades e espaços de gestão por consenso, as dificuldades de sua implantação são inúmeras, não cabendo este dentro da Administração Pública atual. Para Lenir Santos, “Ele, o SUS, desborda das pautas administrativas, do atual modelo da gestão pública” (31).

2.2. Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

A APS é compreendida como a atenção ambulatorial de primeiro nível, sendo o primeiro contato dos usuários no sistema de saúde caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica que inclui as atividades de saúde pública. Devendo ser de fácil acesso e estar orientada a cobrir as afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma determinada população (32) (33).

Esta envolve o cuidado a pacientes que, geralmente, possuem múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser mensuradas a partir de diagnósticos conhecidos, ofertando tratamentos que visam melhorar as condições de vida global diferentemente da atenção especializada (34). No entanto, tal expressão não conta com conformidade em seu emprego e podem-se identificar quatro linhas principais de interpretação (35). Sendo elas:

- 1) Programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços – é denominada em inglês *selective primary care*;
- 2) Um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializada de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população - é denominada em inglês *primary care*;
- 3) Abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas – é denominada em inglês *comprehensive primary health care*;
- 4) Filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal a saúde. (p. 494) (35)

Considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida, o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, em 1920, influenciou a criação do Sistema Nacional de

Saúde Britânica em 1948, sistema este que passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (36).

Nele, o modelo era constituído por centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, que deveriam estar organizados de forma regionalizada, em que a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação generalista e, na impossibilidade de resolução com os recursos disponíveis, deveriam ser encaminhados aos centros de atenção secundários que contariam com especialistas das mais diversas áreas, ou para os hospitais, na existência de indicação cirúrgica, sendo caracterizado, portanto, pela hierarquização da atenção (37).

A Conferência Internacional sobre APS, organizada pela Organização das Nações Unidas e Fundo das Nações Unidas para a Infância, em Alma-Ata, foi outro importante marco histórico sobre a APS, que aprofundou a crítica à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e ao modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista (35). Em sua declaração *Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000* aponta:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (p. 1). (38)

Sendo, ainda hoje, alvo de grande discussão no Brasil, foi oficializada pelo governo a expressão “Atenção Básica” (AB), contrastando com a tendência internacional “Atenção Primária a Saúde” (APS), por adotar o termo básico como vindo de base e fundamental (32) (37). A partir da regulamentação do SUS, nos anos 90, a concepção de AB foi renovada, definindo-a como um conjunto de ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível,

voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, diferenciando-se da concepção seletiva de APS, e tomando como base para tal a universalidade, a equidade, a integralidade e as diretrizes organizacionais de descentralização e participação social (32).

Várias foram as formas de organizar a AB no Brasil, nos últimos anos. Com a criação do PSF, em 1994, depois denominado ESF, passou-se a incentivar financeiramente um modelo específico de organização da AB, passando a ser a estratégia de reorientação do modelo de atenção, trazendo em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção à saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde, a normatização do processo de trabalho, dentre outros (18) (37). Apesar de iniciar como um programa, o PSF adquiriu, ao longo de sua implementação, centralidade na agenda do governo, passando a se tornar uma estratégia de reorientação do modelo de atenção, com caráter substitutivo das práticas convencionais e estruturantes dos sistemas municipais de saúde e do modelo de AB (10) (39).

O fortalecimento da AB no Brasil contou com muitos outros movimentos institucionais nas últimas décadas. Dentre eles, cabe destacar a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) pelo MS em 2000, a PNAB e o Pacto pela Saúde e Pela Vida de 2006, que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da ESF como modelo de AB e centro ordenador das redes de atenção à saúde (39) (40). Com a nova PNAB, em 2011, o conceito de AB foi ampliado, e com a instituição dos Programas Requalifica UBS e PMAQ, em 2011, e PMM, em 2013, os investimentos em acesso e qualidade, infraestrutura física e provimento de profissionais médicos para a AB também receberam maiores aportes (40) (12).

Instituída pela Portaria MS nº 2.488/ 2011, a PNAB aponta que a AB tem por princípios e diretrizes: território adstrito; acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrição de usuários e desenvolvimento de vínculo e

responsabilização entre as equipes e população; coordenação da integralidade em seus vários aspectos e estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde (13).

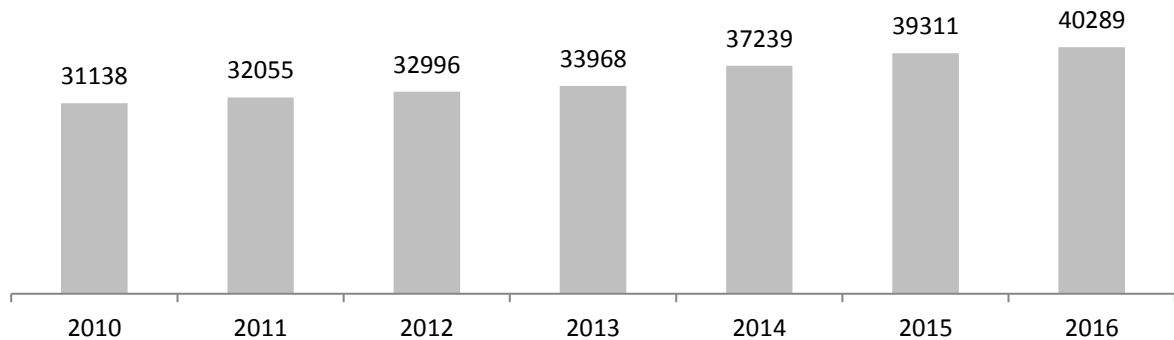
Tem por funções, ainda, contribuir com o funcionamento das redes de atenção; ser base desta; ser resolutiva na identificação de riscos, necessidades e demandas de saúde, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; ser a coordenadora e ordenadora do cuidado na rede de atenção, tendo os entes federados responsabilidades comuns e específicas na implantação e desenvolvimento da AB (13).

Tendo em vista seu papel na reorganização da AB, a ESF tem suas especificidades, sendo itens necessários, a existência de equipe multiprofissional; ter número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF; cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição; o cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma EqSF e carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe (13).

Por fim, a ESF tem enfrentado diversos desafios para a sua devida implantação e para se consolidar de acordo com os objetivos propostos, sendo alvo constante de críticas e discussões. No entanto, é inegável o reconhecimento dos avanços promovidos à AB brasileira pela ESF na reestruturação, no fortalecimento das diretrizes e na construção de um novo modelo de atenção, obtendo, ao longo de seu período de implantação, importante espaço na agenda política nacional, mobilizando a construção de programas específicos para sua consolidação (40) (39) (10).

Assim, ao longo de seu processo de implantação, observa-se uma crescente evolução no quantitativo de equipes a partir do ano de 2010 e mais acentuado a partir de 2014 conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Evolução do número de EqSF no Brasil, 2010-2016.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

2.3. Avaliação da Atenção Básica

A discussão sobre avaliação em saúde ainda é muito diversa na literatura por constituir-se, ainda, como uma área em construção conceitual e metodológica, sendo o modelo proposto por Donabedian o mais utilizado como referencial teórico para a realização de análises focadas em critérios objetivos de estrutura, processo e resultado (41). A avaliação das ações da AB é uma tarefa complexa e desafiadora, mesmo para países desenvolvidos (42).

Diante do desenvolvimento da PNAB, a discussão sobre a necessidade de monitorar e avaliar as ações e as atividades da AB se intensificou e uma série de medidas foram adotadas para institucionalizar a prática da avaliação no cotidiano da gestão, sendo observados múltiplos esforços no sentido de avaliá-la em seus diversos aspectos, a partir dos anos 2000, empreendidos por centros acadêmicos e com forte apoio e indução do MS (43).

Neste sentido, com o objetivo de formular e conduzir propostas de avaliação em AB foi criada a Coordenação de Investigação no interior do DAB. Tal Coordenação, em 2003, passou a chamar-se Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA), devido à considerável expansão de cobertura da ESF e dos novos desafios decorrentes de sua implantação (43) (44).

A CAA tinha como missão o fortalecimento do papel da avaliação enquanto importante instrumento para a gestão do SUS, com vistas à criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo, por reconhecer a insipiência das práticas de avaliação e monitoramento na AB por parte destas e a importância da qualificação dos processos decisórios que vise à integralidade e resolutividade de suas ações. Com o objetivo de construir as bases de uma política nacional para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica à Saúde, em 2003 foi desencadeada uma série de discussões envolvendo gestores e técnicos de vários setores do MS com a formação da comissão de Avaliação da Atenção Básica (43) (45).

No seio das discussões da construção da PNAB 2006, foi lançado pelo MS, ainda em 2005, o Documento Técnico de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ), com a finalidade de aproximar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade na ESF e possibilitar a apropriação de princípios, métodos e ferramentas por atores diretamente envolvidos com a mesma nos municípios (42). Tinha como objetivo geral fomentar o monitoramento e a avaliação dos estágios de qualidade da Estratégia Saúde da Família e como específicos:

Disponibilizar ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções e, impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas na estratégia Saúde da Família;
Contribuir para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia Saúde da Família;
Verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes;
Identificar áreas críticas e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas. (p.12) (46)

O AMQ é uma metodologia de avaliação que orienta a elaboração estratégica de planos de intervenção e realização de um diagnóstico sobre a organização e funcionamento dos serviços, assim como possibilita a incorporação, na avaliação do processo, de questões capazes de ponderar as diversas peculiaridades relacionadas às funções da atenção primária. No entanto, a não existência de uma definição clara para a aferição de escores ou parâmetros específicos

que permitam a classificação das equipes em relação aos cinco estágios de desenvolvimento pode apresentar-se como fator limitante da disseminação (42).

Assim, a discussão de avaliação adentra a PNAB 2006, estando contida nos fundamentos da AB e como competência das três esferas de governo no que tange ao desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação; a definição de estratégias de articulação com os serviços de saúde, com vistas à institucionalização de sua avaliação e o estabelecimento de outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da AB e da ESF (13).

No bojo da construção da PNAB 2011, o MS instituiu o PMAQ AB, com a proposta de induzir a avaliar papeis e ações da AB através de processos avaliativos vinculados ao repasse de recursos, colocando, assim, a avaliação como pilar para a melhoria da qualidade e do acesso dos serviços de AB no Brasil, e se tornando sua principal estratégia nacional de avaliação (47).

2.4. Infraestrutura das unidades de saúde

Tendo em vista a influência que exerce no comportamento dos indivíduos e em suas práticas, no ambiente físico, político, econômico e social e nos demais componentes, a infraestrutura das unidades de saúde é um dos destacados componentes no campo da avaliação em saúde, tanto por estar relacionada a um efeito no estado de saúde dos indivíduos, quanto pelos conhecimentos ou satisfação dos usuários dos serviços. Correspondendo, assim, ao que é relativamente estável no sistema, seu processo, o conjunto de atividades e procedimentos empregados na utilização dos recursos e seus resultados, propiciando a prestação dos serviços (48).

A adequação da infraestrutura das unidades de saúde é regulamentada pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA), de 21 de fevereiro de 2002 e os parâmetros e critérios estabelecidos por ela são alvo de debates e divergências no que se refere à natureza e às orientações normativas para a organização dos aspectos estruturais para as unidades prestadoras de serviços (48). No intuito de auxiliar os gestores municipais nesta discussão o MS produziu materiais técnicos, como o manual de estrutura física das unidades primárias de saúde (49) que, tomando como base a RDC 50, apresenta a estrutura mínima de uma UBS para uma EqSF.

O Manual citado define que a estrutura física mínima (para uma equipe de saúde da família) deve ser composta de sala de recepção/arquivo de prontuários, sala de espera; sala de administração, gerência e ACS; sala de reuniões e educação em saúde; almoxarifado; consultório com sanitário; consultório; sala de vacina; sala de curativo/procedimento; sala de nebulização; farmácia (sala de armazenamento de medicamentos); equipamento odontológico; área de compressor; sanitário para usuário; sanitário para deficiente; banheiro para funcionários; copa/cozinha; depósito de materiais de limpeza; sala de recepção lavagem e descontaminação; sala de esterilização; abrigo de resíduos sólidos; depósito de lixo. (p. 2711) (49)

Mesmo que a combinação de elementos estruturais e operacionais de serviços de saúde não necessariamente impliquem em efeitos diretos na saúde da população, estas propiciam meios necessários para tal. A qualidade da assistência não está diretamente relacionada às características estruturais do serviço de forma isolada, mas facilitam uma melhor atenção à saúde (12).

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento da estrutura física das UBS e o resultado de pesquisas sobre as condições atuais destas, o MS instituiu o programa Requalifica UBS, financiando reformas, ampliação e construção de novas unidades (17). Somado a isto, a inadequação da infraestrutura física das unidades foi um dos argumentos para a institucionalização do PMM, por ser apontada como um dos fatores que implicam na fixação de profissionais médicos, estando relacionada à insatisfação com o trabalho e promovendo a rotatividade destes profissionais (12).

2.5. Provimento e distribuição de médicos no Brasil

A escassez de profissionais médicos não é uma discussão recente ou localizada, atinge todo o mundo e se agravou ao longo da primeira década do século XXI. Exemplo disso pode ser identificado ao analisarmos que cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, sendo estas servidas por menos de 25% da força de trabalho médico (50) (51).

Para a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM):

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, muito especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo. (p.2890) (52)

As investigações disponíveis sobre a escassez de médicos, de modo geral, analisam, a partir de padrões normativos, a taxa ideal de médicos por habitante como parâmetro, adotando taxas observadas em regiões e países comparadas com as normas vigentes, recomendações de organismos internacionais ou simplesmente o padrão verificado em outras localidades ou países, onde o alcance ou não desses parâmetros apontam para escassez ou não deste profissional (50) (51).

Utilizando-se de indicadores de remuneração e horas trabalhadas, tanto na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) quanto na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Vieira (51) concluiu que seus achados apontam para a mesma conclusão dos estudos que utilizam o indicador relação médico/habitante, reafirmando a existência de escassez do profissional médico. As análises pela RAIS e pela PNAD, construídas para identificar perspectivas distintas do mercado de trabalho, apresentaram tendência de remuneração/hora média crescente para o ocupado médico indicando a escassez no mercado de trabalho (50).

Em 2010, a EPSM apontou que o Brasil apresentava uma razão média de 540 habitantes por médico em atividade, compatível com a de muitos países desenvolvidos, e que a distribuição destes profissionais no território nacional havia melhorado bastante, atribuindo este

avanço à criação do SUS e da ESF. Neste mesmo ano, tomando como base os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o país contava com 5 municípios com ausência completa de profissional médico e 38 com oferta de menos de 40 horas semanais (52). Antes da implantação do PMM, cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, localizados, principalmente, naqueles de menor porte e localizados nas regiões Norte e Nordeste do país (51).

Mesmo com os avanços obtidos na AB após a sua entrada na agenda prioritária de governo, observaram-se ainda grandes dificuldades em sua consolidação, dentre elas a carência de profissionais médicos. Essa problemática fora evidenciada dantes à instituição do SUS, podendo ser observada pelo fato do quantitativo de postos de trabalho médico ser consideravelmente maior que o número de egressos nos cursos de medicina (12).

Segundo o MS, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil supriu apenas 65% da demanda do mercado de trabalho, atingindo um déficit de 53 mil médicos no período de 2002 a 2012. Em 2013, a relação médico/habitante no Brasil era de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, relação inferior à de países da América Latina como a Argentina, com 3,9, Uruguai, com 3,7, e de países da OCDE como Espanha, com 3,5, e Portugal, com 3,8. Enquanto parâmetro o Ministério da Saúde aponta como meta a taxa de 2,7, pertencente ao Reino Unido, devido a este apresentar um sistema de saúde universal orientado pela atenção básica, assim como o SUS (19).

Além da escassez, também se observa uma grande disparidade na distribuição destes profissionais nas regiões, estados e municípios brasileiros. Identifica-se maior concentração nas capitais, grandes centros urbanos e municípios de maior desenvolvimento, em detrimento dos demais (12). Argumentando sobre tal questão, Giovanella et al (12) aponta:

Mais uma vez, o conceito da *inverse care law*, elaborada por Hart, em 1971, para o cenário inglês, é atual. O autor indicava que as populações moradoras em áreas de exclusão social, com maiores necessidades de saúde, eram exatamente aquelas

populações com menor cobertura e piores serviços de APS. Isto ocorria mesmo após 23 anos de universalização da saúde. (p.2698) (12)

A escassez de profissionais médicos no Brasil agrava-se ainda mais quando analisada a distribuição destes pelo território nacional, onde 22 das 27 unidades da federação apresentam taxa inferior à nacional, e 5 delas, todas nas regiões Norte e Nordeste, com relação abaixo de 1 médico para cada 1.000 habitantes (19), conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de médicos por 1.000 habitantes por região e UF, Brasil, 2013.

Região	UF	População 2012	Total de Médicos	Médico por 1.000 hab.
Norte	Roraima	445.043	540	1,21
	Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
	Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
	Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
	Acre	721.006	679	0,94
	Amapá	7.726.888	5.938	0,77
	Pará	662.927	505	0,76
Nordeste	Pernambuco	90.015.728	12.547	1,39
	Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
	Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
	Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
	Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
	Bahia	15.001.484	16.311	1,09
	Ceará	8.810.603	9.277	1,05
	Piauí	3.214.556	2.971	0,92
	Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
Distrito federal	Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
Centro-oeste	Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
	Goiás	6.145.928	8.917	1,45
	Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
Sudeste	Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
	São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
	Espirito Santo	3.577.833	7.040	1,97
	Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
Sul	Rio de Janeiro	11.073.282	24.741	2,23
	Espirito Santo	6.297.460	10.656	1,69
	Minas Gerais	10.945.791	18.406	1,68
Total	Brasil	196.526.293	359.691	1,83

Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Assim, as dificuldades de fixação destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis apontam para um constante esforço do país em investigar e propor estratégias para a superação desta problemática (51). Acrescido às questões supracitadas, no ano de 2015, 48,5 % dos profissionais médicos possuíam três ou mais vínculos, apenas 22 %

tenham um único vínculo e 32,4 % destes afirmam trabalhar mais de 60 horas semanais. Destes profissionais, apenas 21,6% atuam apenas no setor público, 26,9% atuam no setor privado, 51,5% atuam em ambos os setores e, dentre os profissionais que atuam no setor público, exclusivamente ou não, apenas 23,5% atuam na APS (53).

Neste sentido a escassez de médicos foi elencada, pelo MS, dentre os dez principais desafios que deveriam ser levados em conta na construção da PNAB 2011 e problema chave na formulação de programa específico para a sua superação – o PMM (19). Tendo em vista que a adoção de medidas assertivas sobre o quantitativo de profissionais a serem formados, as políticas de imigração, a razoabilidade na composição de especialistas, a distribuição geográfica equilibrada e sobre as condições de trabalho e método de remuneração, implicam no desafio de ajustar a oferta e a demanda de médicos (54).

2.6. Acesso à atenção à saúde

A universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção está contida nos princípios do Sistema Único de Saúde no art. 7º da Lei nº 8.080/90, de acordo com as diretrizes dispostas pelo art. 198 da Constituição Federal. No entanto, este não é um conceito simples, não é único nem unidimensional.

Mesmo com a existência de importantes debates sobre seu conceito, o mesmo pode ser visto como mutável ao longo do tempo, através da evolução das sociedades e, com isso, o surgimento de novas necessidades (55), e pode ser analisado a partir de diferentes dimensões, conforme sistematizado no Quadro 2.

Quadro 2 - Dimensões, conceitos e indicadores de acesso, segundo Sanchez (55).

Dimensão	Conceito	Indicadores
Disponibilidade	Relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados.	Tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos.
Capacidade de pagamento (<i>affordability</i>)	Relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos.	Renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde.
Informação	Grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde.	Escolaridade, conhecimento e fontes de informação.
Aceitabilidade	Natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais.	Crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde.

Fonte: Sanchez, 2017.

Assis (56), no entanto, apresenta um modelo de análise de acesso baseado em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, a partir da discussão de diferentes abordagens e de releituras teóricas sobre a temática (56). Para Cosenza (57) o acesso é multidimensional e expressa um processo que inclui aspectos socioeconômicos, culturais e institucionais, somados às desigualdades de desenvolvimento regionais (57). Já para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) o acesso universal é a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, de organização ou de gênero, o qual seria alcançado com a eliminação progressiva destas barreiras, para que todas as pessoas utilizem os serviços de saúde equitativamente (58).

O conceito é complexo, portanto, e varia entre autores e ao longo do tempo, com terminologia diversificada, sendo muitas vezes impreciso e pouco claro quanto à relação com a rede de serviços. No entanto, mesmo com as questões levantadas pode-se perceber um liame de concordância entre os autores, no que se refere à priorização de medidas que contemplem cada

uma das etapas no processo de utilização de serviços, mediante a utilização de modelos teóricos que incorporem as particularidades do contexto analisado (59).

No SUS, o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde deve dar-se prioritariamente pelas ações e serviços de AB, podendo ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde por ofertar serviços próximos ao domicílio, favorecendo o acesso. Assim, segundo apontam estudos, a AB possui a capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde da população, além de conciliar ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e coordenar a atenção prestada em outros níveis de atenção (60).

Mesmo com os avanços da implantação da ESF, que implicou diretamente na ampliação do acesso aos cuidados em saúde e na melhoria dos principais indicadores de saúde da população, ainda persistem muitos problemas de acesso, especialmente relacionados com a equidade, resolutividade e qualidade da atenção (61).

2.7. Internações por condições sensíveis à Atenção Básica

A investigação de indicadores que permitam analisar a efetividade dos serviços de Atenção Primária através da atividade hospitalar é frequente internacionalmente. Surgido nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1990, e desenvolvido por Billings et al como consequência do conceito de mortes evitáveis, as *ambulatory care sensitive conditions* (condições sensíveis à atenção primária) representam um conjunto de agravos de saúde que teriam seus riscos atenuados através de ação efetiva da APS (62) (63). Para Nedel et al (63):

[...] O indicador surgiu nos Estados Unidos ao final dos anos 1980 para identificar camadas da população sem acesso à atenção ambulatorial e estudar seu impacto financeiro sobre o sistema de saúde. Após sua aplicação na Espanha, país com sistema nacional de saúde universal, territorializado e hierarquizado com base na Atenção Primária à Saúde (APS), passou a ser utilizado como indicador da efetividade nesse nível do sistema. (p. 62) (63)

Com estudos em diferentes regiões do mundo, as Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAPS) atualmente constituem um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade

propostos para os Estados Unidos e para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. No Brasil, uma lista foi lançada pelo MS em 2008, composta por dezenove grupos de causas, resultado de validação por consenso entre especialistas (63).

Assim, as hospitalizações por CSAP poderiam ser evitadas através das ações de APS, mediante cuidado oportuno e eficaz, sendo um importante indicador de acesso e eficácia neste nível de atenção, mesmo tendo ciência que outros fatores socioeconômicos, estruturais e culturais podem interferir nos indicadores de internação hospitalar (62) (34).

Existe um crescente interesse na utilização das CSAP em todo o mundo, sendo demonstrado pela concentração dos artigos nos últimos seis anos, apoiando-se em estudos de elevada qualidade metodológica no seu desenvolvimento e aplicação, o que sugere um rápido amadurecimento metodológico e teórico na abordagem do tema (64). Vários estudos têm demonstrado que deficiências na cobertura dos serviços de APS ou a baixa resolutividade destes nos problemas de saúde estão vinculadas a altas taxas de ICSAP (62).

Assim, problemas de acesso ao sistema de saúde, ou relacionado com seu desempenho, poderiam ser identificados por altas taxas de ICSAP em uma população ou subgrupos destas, representando um sinal de alerta que pode acionar formas de análises e a procura de explicações de sua ocorrência (62). Sendo assim, é importante destacar que a efetividade da AB é inversamente proporcional às ICSAP, o que proporciona uma maior acessibilidade aos serviços de atenção secundária e terciária (63), sendo utilizada como estratégia para o monitoramento da AB em avaliação em alguns estados e municípios. No entanto, estas investigações ainda são incipientes no Brasil (62).

Para a construção da lista de CSAP brasileira, o MS realizou diversas consultas a especialistas brasileiros. Em detrimento da terminologia Atenção Básica, adotada pelo SUS, foi adotada a terminologia Atenção Primária à Saúde pela correspondência internacional (*Primary Health Care*), utilizando como marco conceitual o modelo proposto por Caminal-Homar e

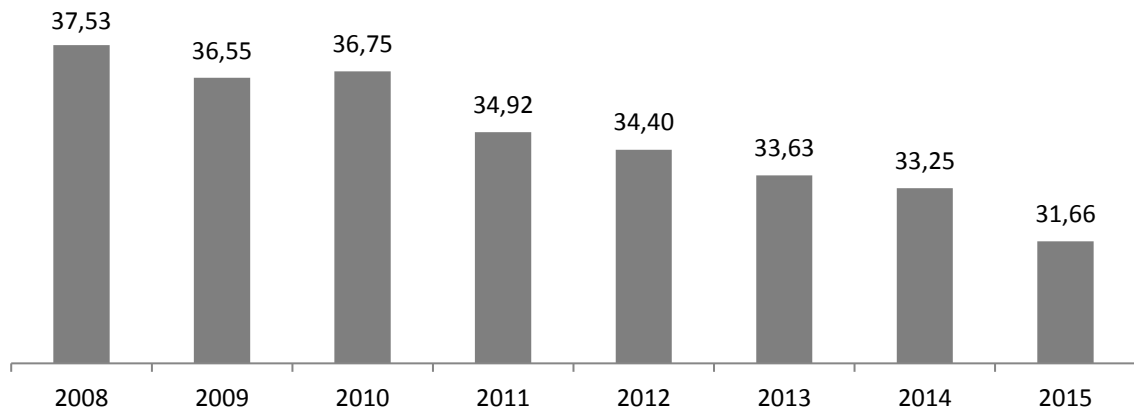
Casanova-Matutano adaptado às condições brasileiras, que assume que a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência para algumas condições de saúde. Posteriormente, foi realizado o levantamento e a revisão bibliográfica das listas nacionais e internacionais, tendo em vista a heterogeneidade destas, passando, em seguida, para a realização de reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores que adotaram como critérios para guiar as inclusões e exclusões (62). Sendo eles:

(1) existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde; (2) ser uma condição de fácil diagnóstico; (3) ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro); (4) ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; (5) haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; (6) o diagnóstico não é induzido por incentivos financeiros. (p. 1340) (62)

A lista construída foi consolidada pelo DAB, encaminhada para apreciação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e submetida à consulta pública realizada pelo próprio MS, resultando em 120 categorias da CID-10, 15 subcategorias e 20 grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos (62). Foi publicada através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, com 19 Grupos de diagnósticos (65), conforme Anexo A. Os dados sobre hospitalizações por CSAP encontram-se disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), podendo ser tabulados através do software Tabwin, na versão web (Tabnet).

Observa-se, no período de 2010 a 2015, uma curva decrescente no percentual destas internações em relação ao total de internações do SUS no país, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2- Percentual de ICSAP nas internações hospitalares, Brasil, 2010-2015.



Fonte: MS, SIH/TABNET, 2016

2.8. Óbitos evitáveis

As condições de saúde e vida de uma população são dependentes de diversos fatores, tendo a produção e distribuição do processo saúde-doença na sociedade fortes fatores de determinação social (66), estando diretamente relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população, e ao acesso a políticas sociais de educação, moradia, transporte, etc. No entanto, a intervenção do setor saúde tem consequência direta nos níveis de saúde das populações na atualidade (67). Para Abreu (68):

Essa abordagem considera que, se o progresso tecnológico e médico-científico e o modelo assistencial são direcionados para a prevenção e o tratamento de doenças evitáveis, o desenvolvimento desse tipo de doença poderia não ocorrer ou ser interrompido em estágios menos avançados. Dessa forma, seria possível reduzir as taxas de morbidade hospitalar e de mortalidade por essas causas. (p. 282 – 283) (68)

O desempenho do setor saúde na prevenção de mortes em populações humanas sempre foi motivo, ao longo do tempo, de instigantes debates, sendo as mortes os eventos evitáveis mais analisados na literatura, apresentando vantagens e desvantagens na sua utilização (69) (67).

Conceituada por diferentes autores ao longo do tempo, o debate sobre morte evitável teve como precursores os autores Rutstein, Berenberg, et al. que trabalhavam com este conceito desde a década de 70 na Universidade de Harvard/USA, apontando que as mortes

evitáveis são aquelas que a partir da presença de serviços de saúde efetivos poderiam ser evitadas total ou parcialmente. Assim, o *Working Group on Preventable Manageable Diseases* propõe uma lista de cerca de noventa condições, que poderiam ser categorizadas como evitáveis na presença de serviços efetivos (67) (69).

Permite, assim, a construção de indicadores sensíveis à qualidade e diversidade da atenção à saúde, podendo implicar na tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção. Pode, ainda, ser compreendido como um “evento sentinela”, que se apresenta como definidor de situações evitáveis, indicando a necessidade de melhora na atenção prestada e determinando que a investigação deva ser seguida de intervenções sobre possíveis determinantes sociais, sendo estas modificadas ao longo do tempo em função do desenvolvimento e da inovação das tecnologias médicas (67) (69) (68).

No entanto, a produção científica brasileira sobre este tema ainda se apresenta de forma limitada, carecendo de sistematização conceitual e demanda maior investimento em sua utilização, mesmo com a extensa produção sobre o tema em nível mundial. Observa-se também uma grande variedade de metodologias aplicadas nos critérios de seleção de causas e nas variáveis de confusão utilizadas e dos objetivos dos estudos. No entanto, em virtude dos padrões de morbimortalidade vigentes, que exigem respostas das políticas públicas de saúde nos diferentes níveis de atenção, a abordagem sobre a morte evitável se torna pertinente, pois a persistência de significativas diferenças na distribuição da oferta de atenção à saúde e o acesso da população aos serviços refletem na saúde da população e repercutem nos níveis e na estrutura da mortalidade (68) (69).

Apoiados nos trabalhos de Rutstein e com a aplicação do conceito de mortes evitáveis por intervenção médica, diversos estudos foram realizados, em diversos países e continentes, e propuseram listas de causas de mortes evitáveis a partir de novos referenciais, dos avanços na intervenção médica e realidades locais (69). Coordenados pela Secretaria de

Vigilância em Saúde do MS com o objetivo de construir uma lista brasileira, segundo grupos etários de mortes evitáveis, especialistas de diversas áreas relevantes debateram o tema e sistematizaram conceitos e metodologias, tendo os grupos de idade a serem abordados e a perspectiva da atenção à saúde adotada como referência para a lista de causas de mortes evitáveis como objeto de debate e definições (68).

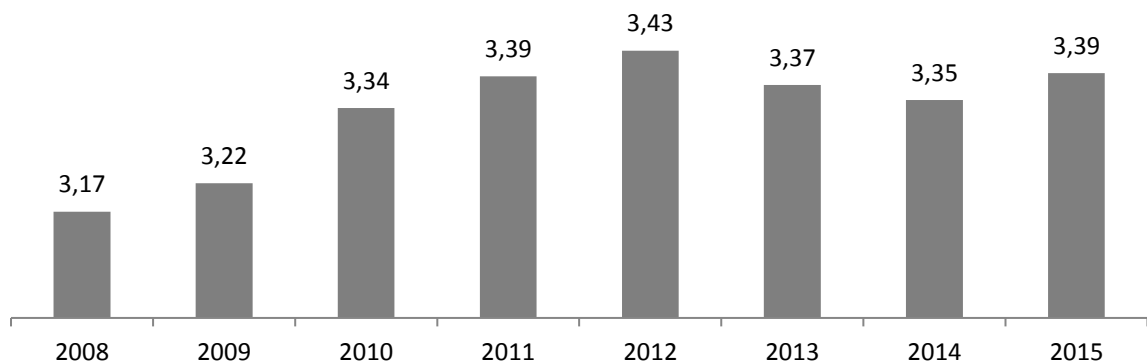
No que se refere aos grupos de idade optou-se pela inclusão de todas as causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos por ações efetivas do setor saúde, e como limite superior 75 anos, devido à perspectiva brasileira e à revisão da expectativa de vida, diferenciais de gênero e entre regiões (68). E referente à perspectiva da atenção à saúde adotada foram consideradas como causas de morte aquelas que apresentam dependência de tecnologia disponível no Brasil, de tecnologia acessível pela maior parte da população brasileira ou de tecnologia ofertada pelo Sistema Único de Saúde para sua evitabilidade (69).

Assim, a partir das diretrizes estabelecidas, da análise comparativa das listas de referência e à luz do conhecimento atual sobre o potencial de intervenção do SUS, foram elaboradas as Listas de Causas de Mortes Evitáveis brasileiras, segundo grupo etário, de 0 a 5 anos e maiores de 5 até 75 anos, sendo sua primeira versão publicada em 2008 e atualizada em 2010 (69) (70), conforme se encontra no Anexo B desta dissertação.

Neste sentido, sem negar o papel das melhorias das condições de vida e o papel dos determinantes sociais na morbimortalidade da população, a contribuição dos serviços de saúde na melhora destes indicadores é inegável. Apesar das dificuldades metodológicas encontradas e de seus limites, os indicadores de evitabilidade podem ser importantes indicadores de efetividade dos serviços de saúde. Seu monitoramento para análise do perfil e tendências do desempenho desses serviços em uma região ou país pode ter grande valor para o enfrentamento de alguns desafios, por permitir o levantamento de hipóteses sobre a performance desses serviços em uma determinada área geográfica (67) (69).

Assim como as ICSAP, os dados sobre mortalidade por causas evitáveis também se encontram disponíveis no site do DATASUS e podem ser tabulados pelo Tabnet. Identifica-se uma curva flutuante nas taxas de mortes evitáveis no país no período de 2008 a 2015, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 3 – Taxa de mortalidade por causas evitáveis, Brasil, 2008-2015.



Fonte: MS/SIH/DATASUS, 2016.

2.9. PMAQ-AB

Em 2011, a discussão sobre avaliação da AB foi ampliada e passou a orientar também uma nova metodologia de financiamento da AB, sustentado através de três importantes movimentos: o contexto de efetiva valorização e de definição do papel da AB no conjunto da rede, o redesenho da governança sistêmica e do financiamento do SUS, conforme o Decreto Presidencial 7.508 de 29 de junho de 2011, e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (16).

Tomando como principais bases a necessidade de mudança no financiamento da AB e metodologia de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade, foi instituído, pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, substituída posteriormente pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, o PMAQ-AB, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a

melhoria da qualidade da AB e garantir padrões de qualidade comparáveis em diferentes níveis geográficos (15).

A construção de parâmetros de comparação entre as equipes de saúde da AB considerando as diferentes realidades de saúde; proporcionar estímulo do processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da AB; proporcionar também a transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de AB e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB; desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários e o caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da AB quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pro-atividade dos atores envolvidos são diretrizes do Programa, de acordo com o Art. 2º da portaria 1.654/11 (15). Dentre o conjunto de objetivos específicos do Programa destacam-se:

- I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
- V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. (15)

O PMAQ AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber: i) adesão e contratualização; ii) desenvolvimento; iii) avaliação externa; e iv) recontratualização (15).

Foi facultado aos municípios e ao Distrito Federal a adesão total ou parcial de suas EqSF ao Programa. Foi instituído através desta portaria o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), em que no momento da adesão os municípios e o Distrito Federal receberão 20% (vinte por cento) do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada e, posteriormente, vinculado aos resultados da avaliação realizada pelo MS (15).

Após as etapas de adesão e contratualização, as EqSF passaram por avaliação para a primeira classificação das equipes contratualizadas, por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos Municípios e ao Distrito Federal (15). Tal avaliação de desempenho considerará os critérios e parâmetros descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Conceito, critérios e parâmetros de financiamento do PMAQ.

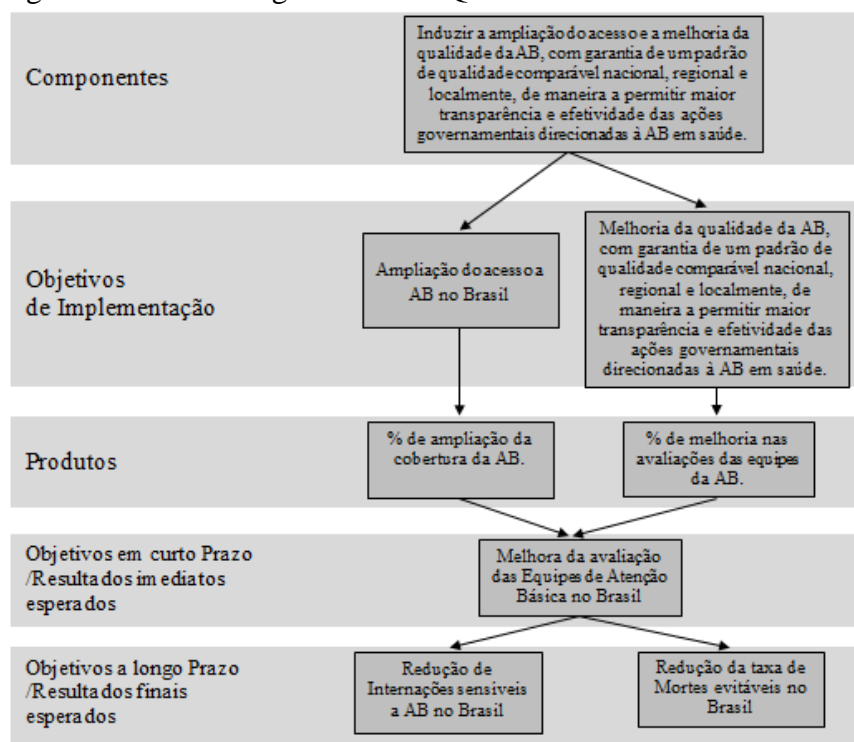
Conceito	Crítérios	Efeitos sobre os incentivos
Insatisfatório	Quando o resultado alcançado for menor do que - 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato;	Suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;
Regular	Quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;	Manutenção dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e Recontratualização;
Bom	Quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato	Ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e Recontratualização;
Ótimo	Quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão à média do desempenho das equipes em seu estrato	Ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e Recontratualização.

Fonte: Portaria MS 1.654/11.

Assim, pela primeira vez parte do financiamento da AB foi vinculada ao desempenho das EqSF, de acordo com os parâmetros estabelecidos, representando um processo de mudança na lógica de repasses financeiros para Atenção Básica e anunciando mudanças no financiamento do SUS como um todo (47).

Partindo do conceito de modelo lógico de política pública, apontado por Hartz, pode-se identificá-lo conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo lógico do PMAQ.



Fonte: o autor, 2017.

2.10. Requalifica UBS

Devido à relevância do tema, inadequação das UBS, e a problemática a ser enfrentada, foram criadas diversas estratégias pelo MS. Dentre elas, destaca-se o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), instituído em 2003, mediante empréstimo adquirido com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento

(BIRD), com o intuito de apoiar a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da ESF nos municípios com população superior a 100 mil habitantes (71).

Mediante novo acordo com o BIRD, em 2009, foi dada continuidade ao programa na sua segunda fase, de novembro de 2009 a março de 2013, contemplando a expansão e qualificação da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes; o fortalecimento da capacidade técnica de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, por intermédio das respectivas coordenações de AB; e o fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões Estaduais, do Distrito Federal e municipais da Atenção Básica à Saúde como seus componentes. Na sua primeira fase, o PROESF obteve como resultado a extensão de cobertura média de 25,7% para 34,4% nos 184 municípios participantes (71).

Com o objetivo de identificar a dimensão do problema de infraestrutura física das UBS no Brasil o MS realizou um censo nos municípios brasileiros. Somadas às informações obtidas no censo das UBS e à experiência do PROESF, foi instituído, em 2011, o Programa Requalifica UBS, com o objetivo de qualificar as UBS, mediante a melhoria da infraestrutura para o desempenho das ações de AB (17). O programa adotou a reforma e a ampliação de unidades já existentes e a construção de novas unidades como linhas de ação para alcançar tal objetivo.

O componente 'reforma' foi instituído através da Portaria MS nº 2.206/2011, e posteriormente redefinido através da Portaria MS nº 341/2013, com o objetivo de financiar adequações nas UBS implantadas em território nacional para desempenho de suas ações. Os entes federados deveriam acessar sítio eletrônico específico do MS, para a obtenção do valor correspondente à reforma das UBS e obter o formato da pré-proposta. Após a finalização deste processo a pré-proposta deveria ser encaminhada para validação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Validada a proposta pela CIB ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, deveria ser encaminhada para o DAB uma listagem das propostas

contempladas, ficando sob a competência do MS aprovar total ou parcial a listagem encaminhada (17). As propostas aprovadas receberiam incentivo financeiro para a execução do projeto a partir dos parâmetros descritos no Quadro 4.

Quadro 4 - Parâmetros e faixa de financiamento do componente Reforma de UBS.

PARÂMETRO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Unidades Básicas de Saúde com metragem de 153,24m ² até 293,28m ²	R\$ 30.000,00	R\$ 150.000,00
Unidades Básicas de Saúde com metragem superior a 293,28m ²	R\$ 30.000,00	R\$ 350.000,00

Fonte: Portaria MS 2.206/2011

Posterior à publicação da portaria de habilitação, o município e o Distrito Federal receberiam a primeira parcela equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado e a segunda parcela “equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após ratificação da CIB”. O monitoramento do projeto deve ser realizado através do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) (17).

Através da Portaria MS nº 2.394/2011, posteriormente redefinida pela Portaria nº 339/2013, foi instituído o componente ‘ampliação’ com o objetivo de financiar adequações nas UBS implantadas em território nacional. Sendo definido pela quantidade e tipos de ambiente da UBS, obedecidas às normas estabelecidas pela ANVISA e pela PNAB (72).

Como no componente ‘reforma’, os entes federados deveriam acessar sítio eletrônico específico, fornecido pelo MS, para a obtenção do valor correspondente à reforma das UBS e obter o formato da pré-proposta e seguir o mesmo rito supracitado. As propostas aprovadas receberiam incentivo financeiro para a execução do projeto obedecendo ao valor mínimo de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) e o valor máximo de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) (72).

Com relação à ‘construção’ de novas unidades de saúde foi incorporado ao Requalifica UBS, através da PNAB 2011, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para ESF, instituído no âmbito da PNAB, pela Portaria MS nº 2.226/2009

(17), assim como os projetos de construção de novas UBS do Programa de Aceleração do Crescimento 2 (PAC 2). Sendo redefinido já como componente do Requalifica UBS através da Portaria MS nº 340/2013 (73).

Para pleitear habilitação ao financiamento previsto no componente os municípios ou o Distrito Federal deveriam cadastrar sua proposta perante o MS por meio do sítio eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br> e estes seriam selecionados a partir dos seguintes critérios: i) entes federativos incluídos no Programa Minha Casa Minha Vida; ii) entes federativos ou região dos Municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza; e iii) desempenho do ente federativo na execução das obras do Requalifica UBS. O financiamento foi baseado no porte e no parâmetro de valor estabelecido pelo MS de acordo com a Quadro 5 (73).

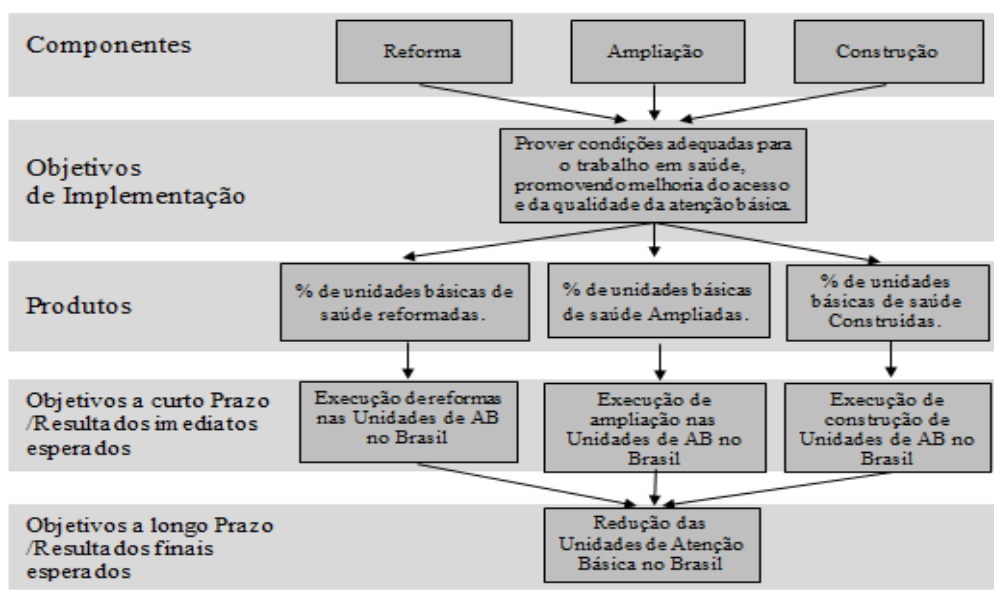
Quadro 5 – Parâmetros e faixa de financiamento do componente Construção de UBS.

Porte	Parâmetro	Valor
UBS Porte I	UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica	R\$ 408.000,00
UBS Porte II	UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica	R\$ 512.000,00
UBS Porte III	UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica	R\$ 659.000,00
UBS Porte IV	UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica	R\$ 773.000,00

Fonte: Portaria MS nº 340/2013.

Para os três componentes é estabelecido pelo Ministério da Saúde o prazo máximo de 18 meses para a conclusão dos projetos, a contar do recebimento da primeira parcela dos recursos financeiros disponibilizados. Neste sentido, compreende-se o modelo lógico do Programa, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo lógico do Programa Requalifica UBS



Fonte: o autor, 2017.

2.11. Programa Mais Médicos

Somando-se ao conjunto de iniciativas de fortalecimento da AB e visando o enfrentamento da ausência e má distribuição de médicos, o MS instituiu o PMM, com o intuito de intervir tanto na quantidade quanto na formação desta categoria profissional. Objetiva atingir a meta de 2,7 médicos por mil habitantes no ano de 2026, através de medidas de curto prazo, e com o provimento de profissionais e medidas estruturantes de médio e longo prazo, intervindo na formação médica com a abertura de novos cursos e estratégias de reorientá-la, e a provisão emergencial de médicos em regiões prioritárias (49) (19). Segundo Soares Neto et al (49):

No decorrer da primeira década do presente século, estudos apontaram escassez de médicos no Brasil. Um relatório publicado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFGM), em 2010, constatou que 97,6 % dos municípios apresentavam escassez médica e que 400 deles eram totalmente carentes da atuação de médicos. Como resposta à tamanha carência, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. A instituição do PMM trouxe intensas discussões a respeito da quantidade e da formação dos médicos atuando no país. (p.2710) (49)

Adotou a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País e a promoção,

nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na AB, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional para atender os objetivos (20):

- I - Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (20)

Dentre os pilares do Programa está a provisão de profissionais no âmbito da AB nas regiões com escassez desta categoria profissional, sendo denominado de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Mediante edital de seleção específico, os municípios e o Distrito Federal realizaram adesão, voluntária, por meio de sistema de informação específico do Projeto, Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP). Tal sistema tomou como base os dados informados pelos municípios no CNES para definição das vagas autorizadas por município e Distrito Federal (19).

Neste sentido, foram publicados editais de adesão de municípios com objeto de realizar chamamento público do Distrito Federal e dos Municípios a aderirem ao PMM, nos termos estabelecidos no edital. Foram considerados municípios elegíveis para participação no projeto aqueles classificados nos termos do inciso III do art. 4º da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013 (74), conforme o Quadro 6.

Quadro 6 - Perfil e descrição de classificação dos municípios para o PMM.

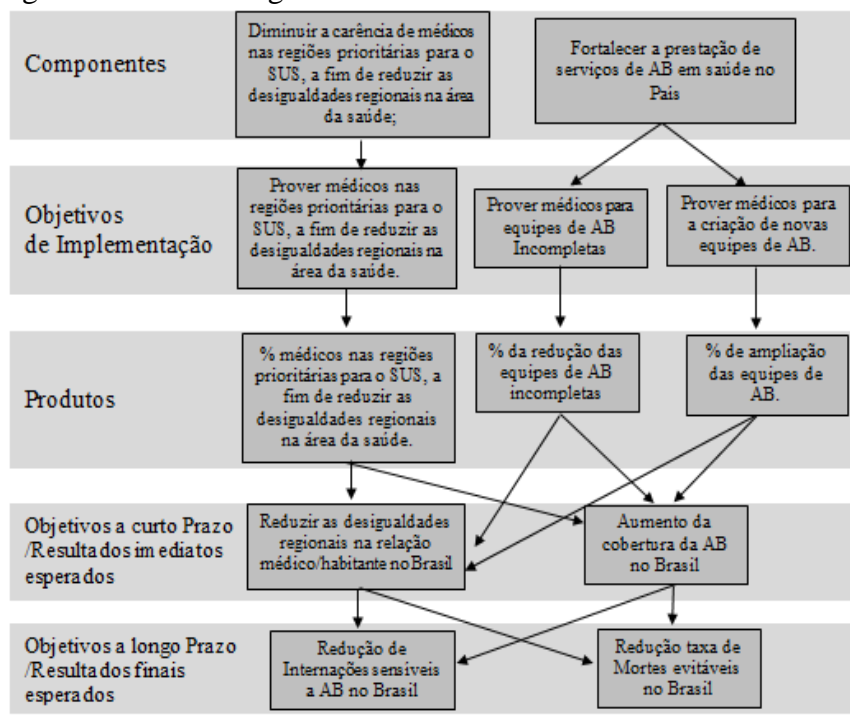
Perfil	Descrição
Perfil 1	Regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Perfil 2	Regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Perfil 3	Municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.
Perfil 4	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi .
Perfil 5	Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).
Perfil 6	Estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Na legislação do projeto está prevista a participação de profissionais com exercício regular da profissão no Brasil e formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio internacional através de editais de chamamento público (20). As vagas são ofertadas primeiramente aos profissionais de instituições brasileiras ou revalidados, posteriormente a profissionais brasileiros com habilitação para o exercício da profissão no exterior, após a profissionais estrangeiros com habilitação para o exercício da profissão no exterior e, por fim, aos profissionais da cooperação internacional firmada com a OPAS. Portanto, os profissionais podem ser classificados em 3 perfis de ingresso: CRM Brasil, Intercambista Individual e Intercambista Cooperado (19).

Tendo em vista as diretrizes e os objetivos do projeto e a análise de sua intervenção busca-se assim compreender seu modelo lógico a partir de seus componentes e resultados esperados a médio e longo prazo, conforme disposto na Figura 3.

Figura 3 – Modelo lógico do PMM.



Fonte: o autor, 2017.

Até julho de 2015, dois anos após a implantação do projeto, foram provisionados 18.240 profissionais nos três perfis de ingresso, distribuídos por todo o território nacional. Sendo que destes, 11.429 eram intercambistas oriundos da cooperação com a OPAS e 1.537 intercambistas de diversas nacionalidades (19), como pode ser melhor observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de médicos do MM por região e perfil, Brasil, 2015.

Região	CRM Brasil	Intercambista cooperado	Intercambista individual	Total de médicos
Centro-Oeste	489	705	115	1.309
Nordeste	2.472	3.745	291	6.508
Norte	442	1.561	230	2.233
Sudeste	1.282	3.592	432	5.306
Sul	589	1.826	469	2.884
Total	5.274	11.429	1.537	18.240

Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

3. METODOLOGIA

3.1. Definição do estudo

Para a análise das intervenções que tratam esta dissertação, PMAQ AB, Requalifica UBS e PMM, foram consideradas como dimensões os produtos, resultados imediatos e resultados finais, através de indicadores representativos dos objetivos primários dos Programas, construídos a partir dos modelos lógicos dos programas.

Assim, trata-se aqui de uma pesquisa avaliativa que, para Hartz, se utiliza de métodos científicos válidos e reconhecidos para fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção, tendo por objetivo a análise da pertinência, da lógica, da produtividade, dos efeitos e da eficiência da intervenção, podendo analisar o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção. Tratando-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (75).

A intervenção consiste em “um sistema organizado de ação que visa, em um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática” incluindo agentes, uma estrutura, processos e um objetivo, em um determinado ambiente (41). Dentre os tipos de análises disponíveis na literatura, adota-se aqui a análise de implantação devido à necessidade de especificar o conjunto de fatores e procedimentos implicados que influenciam os resultados obtidos e efeitos após a introdução de uma intervenção. Devido ao número de unidades de análise, adota-se o modelo comparativo, conforme proposto por Hartz (75), no intuito de analisar as variações concomitantes entre um conjunto de variáveis independentes e uma ou mais variáveis dependentes (41).

Assim, esta pesquisa de caráter quantitativo e qualitativo consistiu-se em três etapas. A primeira foi à análise de dados secundários relacionados aos programas avaliados, adotando-se um modelo estatístico descritivo para a identificação do cenário de implantação dos programas. A segunda à análise estatística do desempenho dos municípios nos programas e por fim a utilização de um modelo estatístico analítico sobre a influência da cobertura e desempenho municipal nos programas sobre o percentual de ICSAP e as taxa de mortes evitáveis.

3.2. Modelo descritivo-analítico

Esta análise teve por objetivo caracterizar o cenário de implementação dos três Programas, o desempenho dos municípios nestes e analisar a sua influência enquanto intervenções na redução das ICSAP e Mortes Evitáveis. Assim, a partir de indicadores de cobertura de SF no mês de competência da implantação dos programas, utilizando os dados do Portal do DAB na funcionalidade “Histórico de Cobertura da Saúde da Família”, que têm como base as informações prestadas pelos gestores municipais no CNES. Nele as equipes são apresentadas conforme apresentado no Quadro 7:

Quadro 7- Classificação dos tipos de cadastramento de EqSF segundo o DAB, 2016.

Classificação	Nome do campo	Descrição do campo
Credenciadas	Nº de eSF credenciadas pelo Ministério da Saúde.	Nº de eSF definidas em proposta apresentada pelo gestor municipal e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB. O Ministério da Saúde pública o credenciamento no Diário Oficial da União.
Cadastradas	Nº de eSF no sistema de cadastro	Nº de eSF cadastradas pelo gestor municipal no sistema de cadastro definido pelo Ministério da Saúde para esse fim.
Implantadas	Nº de eSF implantadas	Nº de eSF aptas para o município receber incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde, na competência selecionada. O número de eSF para o qual o município receberá o incentivo financeiro federal corresponde ao número de eSF cadastradas no sistema e que esteja em conformidade com o credenciamento pelo Ministério da Saúde. Além disto, o DAB/SAS realiza crítica, em âmbito nacional, relativa à duplicidade de profissional que compõe a equipe mínima.

Fonte: Portal DAB/MS, 2017.

As EqSF são informadas pelos municípios através do CNES e, a partir desta base de dados, o DAB realiza a análise dos cadastros das equipes a partir da presença do profissional médico na equipe e de demandas encaminhadas pelos órgãos de controle. Sendo classificadas como cadastradas as equipes presentes no sistema e como implantadas apenas as que estão completas com a presença do profissional médico ou com até duas competências com a ausência deste profissional. Fazendo jus ao pagamento do PAB Variável Saúde da Família apenas as implantadas. Tais informações, posteriormente, são disponibilizadas no Portal do DAB através da aplicação "Histórico de cobertura da Atenção Básica".

Neste sentido, adota-se como equipes completas as consideradas implantadas e como equipes incompletas as equipes cadastradas, mas não implantadas no período de implantação do PMM.

Foi solicitado ao DAB o banco de dados do PMAQ AB, que permitiu analisar o desempenho dos municípios na primeira avaliação do programa, bem como da situação da infraestrutura física das UBS. Foram realizadas, em seguida, utilizando o software Microsoft Office Excel 2010 operações para agregar os resultados municipais por Unidade da Federação (UF), Região e Faixa Populacional (FP).

Tendo em vista o disposto no modelo lógico de cada programa, assim como as questões apresentadas para a leitura do cenário e do desempenho dos municípios, o modelo analítico desta pesquisa partiu dos resultados pretendidos com a implementação como variáveis dependentes, assim como dos produtos e dos resultados imediatos esperados, variáveis explicativas. Também foi incluído o percentual de pobreza por município e instalações sanitárias como variável de controle de fatores socioeconômicos. Compreendendo que o resultado final encontrado no modelo lógico do Requalifica UBS não se configura como um desfecho de variável dependente, este compôs o grupo de variáveis explicativas da pesquisa.

Para tal análise foram utilizados dados secundários disponibilizados pelo DAB acerca do PMAQ AB e do Requalifica UBS e do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) sobre o PMM, de acesso público e disponíveis no software Tabwin, na versão *web* (Tabnet) do MS, e importados para Microsoft Office Excel 2003 para a realização de análise dos dados através de sua ferramenta de análise.

3.2.1. Sistemas de Informação Utilizados

A informação em saúde tem por finalidade a identificação de problemas individuais e coletivos do quadro sanitário da população, propiciando, assim, elementos para a análise e tomada de decisão pelos gestores. Assim, os sistemas de informação em saúde (SIS), conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde, podem ser entendidos como instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população (76). Para a realização da pesquisa foram utilizados os seguintes SIS, desenvolvidos pelo DATASUS/MS, de acesso público, como fontes de dados:

- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
- Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

3.2.2. Informações Fornecidas pelo Ministério da Saúde

- Banco de dados do 1º e 2º Ciclo do PMAQ;
- Banco de dados do Requalifica UBS;
- Banco de dados do Projeto Mais Médicos.

3.2.3. Variáveis selecionadas

As variáveis da análise do cenário de implantação incluíram: i) Cobertura da Saúde da Família na implantação do Requalifica UBS; ii) Cobertura da Saúde da Família na

implantação do PMAQ; iii) Cobertura da Saúde da Família na implantação do PMM; iv) Equipes de Saúde da Família Incompletas no período de implantação do PMM; v) Resultado da primeira avaliação realizada pelo PMAQ no Brasil; vi) Percentual de UBS classificadas como inadequadas no censo do 1º ciclo do PMAQ.

O modelo analítico incluiu como variáveis dependentes: i) percentual de ICSAP e ii) taxa de mortes por causas evitáveis, segundo a lista do MS. As variáveis explicativas incluíram: i) evolução da cobertura da Saúde da família no período de 2011 a 2016; ii) cobertura dos programas nos municípios; iii) desempenho nos programas. Para análise do desempenho no PMAQ o indicador foi a evolução das notas obtidas pelas equipes no PMAQ no 1º e 2º ciclo, no PMM foi calculado o percentual de redução das equipes incompletas e pela ampliação da cobertura de SF e para o Requalifica UBS, foi verificado o percentual de execução dos projetos contratualizados dentro do prazo estabelecido nas portarias. O modelo também incluiu como variáveis de confusão: i) Taxa de Pobreza, calculada com base na PNAD, em que se calcula o percentual da população com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (78); ii) percentual da população com acesso a instalações Sanitárias, tomou-se como base o percentual da população sem acesso a instalações sanitárias por município (35).

3.3. Coleta e análise dos dados quantitativos

Foram coletados dados no sítio do DAB na internet, usando-se a funcionalidade “Histórico de Cobertura da Saúde da Família”, que tem como base as informações prestadas pelos gestores municipais no CNES, na opção de consulta “Unidades Geográfica por competência” e exportado em formato *xls* o arquivo contendo a quantidade de equipes cadastradas e implantadas de todo o país por município, nas competências de referência, por programa, para identificar a cobertura e o quantitativo de equipes incompletas no período de

implantação dos mesmos. Para identificar o número de equipes incompletas foi utilizado como parâmetro de análise a diferença entre as equipes cadastradas e as implantadas.

Utilizando o software Tabwin do MS, na sua versão *web* (Tabnet) foram coletados os dados referentes às taxas de Mortes por Causas Evitáveis, o percentual de Internações por Condições Sensíveis Atenção Primária, o percentual da população com renda inferior a meio salário e os dados sobre a situação sanitária da população. Todos os dados foram tabulados agregando por município e exportados no formato *xls*.

Foi disponibilizado pelo DAB/SAS/MS arquivo em formato *xls* contendo os conceitos obtidos por todas as equipes contratualizadas, segundo código IBGE dos municípios, no 1º e 2º ciclo da avaliação do PMAQ-AB, o que possibilitou as avaliações referentes ao programa e a partir das variáveis do Grupo 9 - Infraestrutura da unidade de saúde - do módulo 1, a partir da existência do número mínimo de ambientes necessários para uma unidade básica de saúde, de acordo com a RDC 50, a infraestrutura física das UBS. Também foi disponibilizado pelo DEPREPS/MS o banco de dados referente ao provimento imediato do Programa Mais Médicos para o Brasil, em arquivo digital no formato *xml*, contendo o quantitativo de vagas do programa por perfil da vaga autorizadas para cada município.

Após a coleta de dados foi utilizado o *software* Microsoft Excel 2010 e calculados os percentis, médias e proporções dos indicadores por regiões e perfis populacionais para a construção da análise do cenário de implementação e o respectivo desempenho municipal. A partir das variáveis de interesse, foi realizada a análise estatística mediante modelo de regressão utilizando-se a funcionalidade contida no programa Microsoft Excel 2010.

4. RESULTADOS

4.1. Cenário de implantação dos programas

Neste capítulo é apresentado o resultado encontrado para o cenário de implantação dos programas observando o papel destes como intervenções de qualificação da AB e os objetivos específicos de cada nos municípios agregando-os por regiões e faixa populacional (FP) a partir do cálculo de médias percentuais e o Desvio Padrão (DP) das mesmas.

4.1.1. Cobertura de saúde da família na instituição dos programas

A Tabela 3 apresenta o quantitativo de municípios, a média percentual de cobertura de Saúde da família no período de implantação de cada um dos programas e as equipes existentes no período de implantação do PMM nos municípios brasileiros, agregado por região e seus respectivos desvios padrão.

Tabela 3. Cobertura de saúde da família e de equipes incompletas nos municípios por região, Brasil, 2001 e 2013.

Região	N	Programas								
		PMAQ AB*		Requalifica UBS**		PMM***		EqSF. Incompletas***		
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	N	Média	DP
Centro-oeste	466	85,61	0,22	86,71	0,21	84,8	0,23	31	2,92	0,14
Nordeste	1.794	90,76	0,19	91	0,19	91,8	0,17	149	2,01	0,1
Norte	449	75,01	0,29	75,14	0,29	72,78	0,31	60	4,22	0,15
Sudeste	1.668	72,09	0,35	72,22	0,35	73,58	0,34	108	1,49	0,09
Sul	1.188	77,17	0,33	77,88	0,33	78,06	0,32	56	1,77	0,11
Nacional	5.565	80,56	0,3	80,94	0,3	81,28	0,29	404	2,06	0,11

Fonte: Portal DAB/MS, 2016. *Dados a julho de 2011; **Dados a Agosto de 2011; *** Dador referentes a julho de 2013

Em julho de 2011, período de instituição do **PMAQ AB**, o Brasil possuía média de cobertura da ESF nos municípios de 80,56 %, com DP de 0,30. A região Nordeste apresentou

a maior média, 90,76%, e também o menor DP, 0,19, enquanto se encontrava na região Sudeste a menor média de cobertura nos municípios, com 72,09%, e o maior DP, 0,35%.

No período de instituição do Requalifica UBS, setembro de 2011, a média nacional apresentou um discreto aumento de 0,38%, passando para 80,94 % de cobertura da ESF nos municípios, e manteve o DP de 0,30. Todas regiões do país mantiveram o mesmo quadro geral do período referente ao PMAQ AB. O Nordeste continuou com a maior média, 91,00%, o Sudeste a menor, 72,22% e as regiões Nordeste e Norte apresentaram o menor crescimento frente às demais. As regiões Sul, 77,17%, Norte, 75,51% e Sudeste, 72,09% encontravam-se abaixo da média nacional.

Na competência referente a julho de 2013, período de instituição do *PMM*, o Brasil possuía média de 81,28 % de cobertura de ESF nos municípios, um pequeno aumento de 0,72% em comparação com a competência do PMAQ AB, e o DP passou a ser de 0,29. O Nordeste manteve a maior média, 91,80%, e o menor DP, 0,17, e a região Norte passa a ter a menor média de cobertura, com 72,78%, devido ao aumento de cobertura da região Centro-oeste e a diminuição da Norte durante o período compreendido entre o PMAQ AB e o PMM. No entanto o Sudeste manteve o maior DP, 0,34.

Na competência supracitada, 07/13, o país tinha 34.801 equipes cadastradas e 34.185 implantadas totalizando 616 Equipes Incompletas em 404 municípios, considerando todas unidades da federação, exceto no Distrito Federal. Representando uma média nacional de 2,06% de EqSF incompletas, com 0,11 de DP nos municípios brasileiros. A maior média de equipes incompletas pertencia aos municípios da região Norte, 4,22%, e também o maior DP, 0,15 e a menor média encontrava-se nos da região Sul, 1,77%.

A Tabela 4 apresenta o quantitativo de municípios por faixa populacional para os dois anos de análise, a média percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família nos no

período de implantação dos programas, a média percentual de equipes incompletas no período de implantação do PMM e seus respectivos Desvios Padrão.

Tabela 4. Cobertura de saúde da família e de equipes incompletas nos municípios por Faixa populacional, Brasil, 2001 e 2013.

Faixa Populacional	N	Variável de análise									
		PMAQ AB*		Requalifica UBS**		PMM***		EqSF. Incompletas***			
		Média	DP	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP
Até 5.000 h	1299	90,59	0,26	91,41	0,25	1245	91,53	0,24	25	1,67	0,12
De 5.001 até 10.000 h	1208	88,01	0,26	88,03	0,26	1225	87,87	0,26	52	2,17	0,11
De 10.001 até 20.000 h	1395	84,77	0,26	85,16	0,25	1376	85,73	0,25	93	2,27	0,11
De 20.001 até 50.000 h	1054	72,17	0,29	72,52	0,3	1081	74,23	0,28	105	2,22	0,1
De 50.001 até 100.000 h	323	55,98	0,29	56,31	0,29	340	58,03	0,28	51	1,74	0,07
De 100.001 até 500.000 h	248	42,81	0,27	42,75	0,27	259	43,95	0,26	61	2,13	0,08
Mais de 500.000 h	38	34,29	0,22	34,29	0,21	39	36,51	0,2	17	1,49	0,04
Nacional	5565	80,56	0,299	80,94	0,29	5565	81,28	0,29	404	2,06	0,11

Fonte: Portal DAB/MS, 2016. *Dados a julho de 2011; **Dados a Agosto de 2011; *** Dador referentes a julho de 2013

De modo geral, nos períodos referentes aos três programas, identifica-se que os municípios de menores portes apresentam maior média de cobertura gradativamente apresentando uma relação inversamente proporcional entre o porte populacional e a cobertura média de saúde da família.

Neste sentido, em julho de 2011, para o PMAQ-AB, ao observar-se a cobertura da ESF pelo porte dos municípios brasileiros identifica-se que os com população até 5.000 habitantes tinham média de cobertura de 90,59% e os com população superior a 500.000, 34,29%, a menor, e que os com população maior que 20.000 habitantes possuíam cobertura abaixo da média nacional. Os municípios de 20.001 até 50.000 e de 50.001 até 100.000 habitantes apresentaram o maior DP, 0,29, dentre os demais. Como pode ser observado na Tabela 4.

Em setembro de 2013, para o Requalifica UBS, os municípios com população até 5.000 habitantes tinham média de cobertura de 91,41% e os com população com mais de 500.000, 34,29%. Os municípios de 20.001 até 50.000 apresentaram o maior DP, 0,30. Excetuando os municípios das FP de até 20.000 habitantes todos os demais possuíam média abaixo da nacional e os municípios com população de 100.001 até 500.000 habitantes tiveram redução de 0,05% em sua média no período compreendido entre o PMAQ AB e o Requalifica UBS.

Para o período de instituição do PMM, o comportamento por porte populacional da cobertura manteve-se o mesmo. Ao analisar os dois anos, compreendidos entre a instituição do PMAQ AB e do PMM, observa-se que apenas os municípios com população de 5.001 a 10.000 habitantes apresentaram redução. Os municípios com população de 10.001 até 20.000 habitantes tinham a maior média de equipes incompletas, 2,27%, e os municípios de maior porte, acima de 500.000 habitantes, a menor média, 1,49%.

4.1.2. Desempenho na 1ª avaliação do PMAQ AB

O primeiro ciclo avaliativo do PMAQ AB ocorreu no primeiro semestre de 2012 em 3.667 municípios, nas 16.037 ESF contratualizadas em todos os estados brasileiros. Destas, 2.906 foram avaliadas com conceito “Muito Acima da Média”, 7.169 como “Acima da Média”, 5.488 “Mediano ou Abaixo da Média”, 294 “Insatisfatórias” e 180 foram “Desclassificadas”.

Dentre as equipes desclassificadas a maior média percentual se localizava nas regiões Centro Oeste e Norte e a menor nas do Sul do país. Os municípios do Norte também apresentaram a maior média percentual dentre as EqSF com conceito Insatisfatório e Mediano ou abaixo da média e a Sul a menor em ambos. A maior média para as com conceito Acima da média foram no Nordeste, no Sul a maior média de municípios com EqSF com conceito Muito

acima da média e a região Norte com as menores médias nos conceitos Acima da média e Muito acima da média (Tabela 5).

Tabela 5- Conceito das EqSF na 1ª avaliação do PMAQ por região, Brasil, 2012.

Região	N	Conceito 1ª avaliação									
		Desclassificada		Insatisfatório		Mediano ou abaixo da média		Acima da média		Muito acima da média	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Centro-oeste	311	1,96	0,11	5,95	0,24	30,73	0,40	44,75	0,42	16,61	0,33
Nordeste	1218	1,30	0,10	2,86	0,17	34,36	0,41	48,09	0,40	13,39	0,28
Norte	257	1,96	0,10	11,84	0,32	46,49	0,45	28,69	0,38	11,03	0,28
Sudeste	1161	0,92	0,06	1,85	0,13	32,05	0,41	45,73	0,41	19,44	0,35
Sul	849	0,63	0,06	0,94	0,10	29,01	0,41	43,61	0,43	25,81	0,40
Total Geral	3796	1,13	0,08	2,98	0,17	32,98	0,41	44,78	0,41	18,12	0,34

Fonte: Banco de dados PMAQ AB, 2016.

Na Tabela 6 apresenta-se o resultado das avaliações das equipes no primeiro ciclo avaliativo do PMAQ AB e partir da média dos municípios e do DP por Faixa Populacional e identifica que os municípios de menor porte populacional apresentaram a menor média de EqSF desclassificadas, a maior média conceituada insatisfatória, a menor Mediana ou abaixo da média e a maior de média de Acima da média e Muito acima da média. Enquanto a maior média de EqSF de desclassificadas encontravam-se nos municípios com população entre 10.001 e 20.000 habitantes e os de maior população a menor média de insatisfatória, e acima da média e a maior de Mediano ou abaixo da média. Os Municípios com população de 50.001 até 100.000 habitantes obtiveram a menor média com conceito Muito acima da média.

Tabela 6- Conceito das EqSF na 1ª avaliação do PMAQ por Faixa populacional, Brasil, 2012.

Faixa populacional	N	Conceito 1ª avaliação									
		Desclassificada		Insatisfatório		Mediano ou abaixo da média		Acima da média		Muito acima da média	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Até 5.000 h	801	0,44	0,05	4,31	0,20	24,03	0,42	44,07	0,49	27,15	0,44
De 5.001 até 10.000 h	817	0,57	0,06	3,49	0,18	37,24	0,44	43,90	0,44	14,80	0,32
De 10.001 até 20.000 h	925	2,09	0,12	1,97	0,14	32,04	0,41	46,42	0,40	17,47	0,31
De 20.001 até 50.000 h	776	1,32	0,09	3,35	0,18	34,25	0,39	45,62	0,37	15,46	0,28
De 50.001 até 100.000 h	248	0,85	0,05	1,21	0,11	41,35	0,38	42,67	0,33	13,92	0,26
De 100.001 até 500.000 h	194	1,41	0,06	1,56	0,12	38,69	0,36	43,69	0,30	14,66	0,25
Mais de 500.000 h	35	1,10	0,02	0,07	0,00	44,19	0,40	40,55	0,30	14,09	0,20
Total Geral	3796	1,13	0,08	2,98	0,17	32,98	0,41	44,78	0,41	18,12	0,34

Fonte: Banco de dados PMAQ AB, 2016.

Assim, observa-se que a relação de porte populacional e os conceitos não apresentam uma relação direta de proporcionalidade, mas importantes destaques para os municípios de menor e maior porte.

4.1.3. Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde

Dentro das variáveis de avaliação do PMAQ AB, o grupo 9 do Módulo 1 trata da infraestrutura física das UBS a partir do quantitativo de ambientes existentes em cada unidade. Assim, a partir do número mínimo de ambientes necessários para uma unidade básica de saúde, de acordo com a RDC 50, foi analisada a adequação das unidades a partir destas informações no primeiro ciclo avaliativo.

Das 38.812 UBS avaliadas no 1º ciclo do PMAQ AB, 933 foram excluídas, tendo em vista conterem a resposta “999 – sem resposta” conformando a amostra de análise deste em 37.879 UBS. Do total destas, a média de municipal de UBS com conceito insatisfatório no

Brasil era de 99,36%, com DP de 0,10. A região Nordeste tinha a maior média dentre as regiões, com 99,88% (Tabela 7).

Tabela 7 - Conceito das UBS na avaliação do 1º ciclo do PMAQ – 2012 nos municípios, por região, Brasil, 2012.

Região	Conceito				
	N	Insatisfatórias		Satisfatórias	
		Média %	DP	Média %	DP
Centro-oeste	2.636	99,35	0,05	0,65	0,05
Nordeste	14.246	99,88	0,02	0,12	0,02
Norte	3.153	99,69	0,03	0,31	0,03
Sudeste	11.622	98,66	0,17	1,34	0,17
Sul	6.222	99,43	0,06	0,57	0,06
Nacional	37.879	99,36	0,1	0,64	0,1

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB, 2016.

Quanto à FP, os municípios com população de 10.001 até 20.000 habitantes apresentaram a maior média de UBS insatisfatórias, com 99,89% e os com população superior a 500.000 habitantes a menor média de equipes com 63,60%. Assim como para todas as faixas populacionais o DP foi bastante discreto. De acordo com a Tabela 8.

Tabela 8 - Conceito das UBS na avaliação do 1º ciclo do PMAQ nos municípios, por faixa populacional, Brasil, 2012.

Faixa populacional	Conceito				
	N	Insatisfatórias		Satisfatórias	
		Média %	DP	Média %	DP
Até 5.000 h	2322	99,54	0,03	0,46	0,03
De 5.001 até 10.000 h	3661	99,79	0,02	0,21	0,02
De 10.001 até 20.000 h	7525	99,89	0,01	0,11	0,01
De 20.001 até 50.000 h	9554	99,81	0,02	0,19	0,02
De 50.001 até 100.000 h	4935	99,23	0,05	0,77	0,05
De 100.001 até 500.000 h	6398	97,11	0,09	2,89	0,09
Mais de 500.000 h	3484	63,60	1,10	36,40	1,10
Nacional	37879	99,36	0,10	0,64	0,10

Fonte: Banco de dados do PMAQ, 2016.

Analisando a Tabela 9 identifica-se que as variáveis “Sanitário adaptado para pessoas com deficiência” e “Sala de Observação” foram as que apresentam maior percentual

de ausência nas unidades e a variável “Consultório Clínico” o menor percentual. Ainda assim, 3,71% das unidades analisadas não contavam com consultório clínico.

Tabela 9 - Quantitativo e percentual de inadequações de ambientes das UBS, Brasil, 2012.

Ambientes	N	%
Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	32247	85,13
Sala de Observação	31924	84,28
Sala de Estocagem de Medicamentos	31584	83,38
Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	28916	76,34
Sala de nebulização	28722	75,83
Expurgo	28567	75,42
Sala de Acolhimento	28212	74,48
Sala de reunião e atividades educativas	25663	67,75
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	25128	66,34
Local para depósito de lixo comum	23986	63,32
Sala de procedimento	20189	53,3
Farmácia	15808	41,73
Sala de Curativo	15571	41,11
Sanitário para usuário masculino	15031	39,68
Sanitário para usuário feminino	14851	39,21
Sala de vacina	13111	34,61
Consultório Odontológico	11999	31,68
Banheiros para funcionários	6350	16,76
Recepção	5042	13,31
Sala de Espera	3786	9,99
Consultório Clínico	1406	3,71

Fonte: Banco de dados PMAQ, 2017.

4.2. Desempenho municipal na implantação dos programas

4.2.1. Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade

A Tabela 10 apresenta o percentual de EqSF avaliadas no primeiro e segundo ciclo do PMAQ AB por conceito. Ao comparar o conceito das Equipes contratualizadas nos dois primeiros ciclos do PMAQ AB observa-se que o número de equipes “Desclassificadas” apresentou um pequeno aumento percentual e que as avaliações “Acima da média” e “Muito

acima da média” apresentaram redução e ampliando as com conceito “Mediano ou abaixo da média”.

Tabela 10 - Comparativo do conceito das EqSF no 1º e 2º ciclo do PMAQ, Brasil, 2015.

Ciclo	N	Conceito				
		Desclassificada	Insatisfatório	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
1º Ciclo	16.037	1,12	1,83	34,22	44,7	18,12
2º Ciclo	16.037	1,35	0,8	48,98	33,22	15,65
Diferença		0,22	-1,04	14,76	-11,48	-2,47

Fonte: Banco de dados PMAQ AB, 2016.

Quando analisada a evolução da avaliação por EqSF destaca-se que 42,22% das desclassificadas no 1º ciclo melhoraram seu conceito para “Mediano ou abaixo da média”, 44,90% das insatisfatórias passaram para “Mediano ou abaixo da Média”, 58,55% mantiveram o conceito “Mediano ou abaixo da Média”, 48,68% das “Acima da Média” reduziram de conceito para “Mediano ou abaixo da média” e 49,48% passaram de “Muito acima da média” para “Acima da média” (Tabela 11).

Tabela 11- Evolução do conceito das EqSF na avaliação do 1º e 2º ciclo do PMAQ, Brasil, 2015.

Conceito 1º ciclo	N	Conceito 2º ciclo				
		Desclassificada	Insatisfatório	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Acima da média
Desclassificada	180	4,44	0,56	42,22	35,56	17,22
Insatisfatório	294	2,72	11,9	44,9	23,13	17,35
Mediano ou abaixo da média	5488	2,35	1,15	58,55	25,73	12,23
Acima da média	7169	0,78	0,36	48,86	32,72	17,27
Muito acima da média	2906	0,52	0,1	32,04	49,48	17,86

Fonte: Banco de dados PMAQ AB, 2016.

A Tabela 12 apresenta a média de conceituação das equipes nos municípios na avaliação dos dois ciclos do PMAQ agregado por região e mostra que de modo geral as EqSF baixaram de conceito no 2º ciclo em referência ao 1º e que a região Norte apresentou a maior

ampliação de equipes desclassificadas e a maior redução de insatisfatórias. Os municípios do Centro-oeste apresentaram a maior ampliação de conceito “Mediano ou abaixo da média” e a maior redução de equipes “Muito acima da média”. Já os da região Nordeste a maior expansão de equipes “Acima da média”

Tabela 12- Percentual por conceito das EqSF nas avaliações do 1º e 2º ciclos do PMAQ nos municípios por região, Brasil, 2015.

Região	N	Conceito									
		Desclassificada		Insatisfatório		Mediano ou abaixo da média		Acima da média		Muito Acima da média	
		1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo
Centro-oeste	311	1,96	0,98	5,95	0,32	30,73	64,56	16,61	9,81	44,75	24,33
Nordeste	1218	1,3	0,93	2,86	0,1	34,36	48,67	13,39	15,26	48,09	35,05
Norte	257	1,96	2,65	11,84	3,01	46,49	71,69	11,03	4,04	28,69	18,61
Sudeste	1161	0,92	1,19	1,85	0,72	32,05	48,50	19,44	16,68	45,73	32,9
Sul	849	0,63	0,64	0,94	0,91	29,01	47,24	25,81	19,6	43,61	31,61
Total Geral	3796	1,13	1,07	2,98	0,68	32,98	51,16	18,12	15,46	44,78	31,63

Fonte: Banco de dados PMAQ AB, 2015.

Os municípios da região Norte apresentaram o maior aumento na média percentual de equipes desclassificadas e a maior redução com conceito insatisfatório e os da Sudoeste o maior aumento de conceito Mediano ou abaixo da média e a maior diminuição de conceito Muito acima da Média. Já os municípios do Nordeste foram os únicos a ampliar sua média de conceito Acima da média, mas a segunda diminuição da média de conceito Muito acima da média.

Por Faixa populacional (Tabela 13) identifica-se que os municípios de maior porte apresentaram a maior ampliação de EqSF desclassificadas e os de 10.001 até 20.000 habitantes a maior redução destas. Excetuando os municípios de maior porte, que aumentaram sua média de EqSF insatisfatórias, todas as faixas reduziram sua média de conceito insatisfatório, a maior redução foi nos municípios de menor porte. Observa-se um significativo aumento de conceito Mediano ou abaixo da média e de diminuição no Muito acima da média para todas os portes

populacionais e, com exceção dos municípios com população entre 50.001 até 100.000 habitantes, as demais faixas reduziram sua média no conceito Acima da média.

Tabela 13- Percentual por conceito das EqSF nas avaliações do 1º e 2º ciclos do PMAQ nos municípios por Faixa Populacional, Brasil, 2015.

Faixa Populacional	N	Conceito									
		Desclassificada		Insatisfatório		Mediano ou abaixo da média		Muito acima da média		Acima da média	
		1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo
Até 5.000 h	801	0,44	0,75	4,31	0,62	24,03	42,88	44,07	34,02	27,15	21,72
De 5.001 até 10.000 h	817	0,57	0,96	3,49	0,41	37,24	52,58	43,9	31,86	14,80	14,19
De 10.001 até 20.000 h	925	2,09	1,18	1,97	0,72	32,04	51,58	46,42	31,38	17,47	15,13
De 20.001 até 50.000 h	776	1,32	0,67	3,35	1,23	34,25	54,49	45,62	31,46	15,46	12,15
De 50.001 até 100.000 h	248	0,85	1,53	1,21	0,08	41,35	55,95	42,67	28,3	13,92	14,15
De 100.001 até 500.000 h	194	1,41	2,59	1,56	0,58	38,69	55,78	43,69	28,04	14,66	13,01
Mais de 500.000 h	35	1,1	4,77	0,07	0,34	44,19	62,45	40,55	25,66	14,09	6,78
Total Geral	3796	1,13	1,07	2,98	0,68	32,98	51,16	44,78	31,63	18,12	15,46

Fonte: Banco de dados PMAQ AB, 2015.

4.2.2. Requalifica UBS

Para a análise do desempenho dos municípios no Programa Requalifica UBS foram analisados o ano de habilitação, a data de pagamento da primeira parcela e o prazo final para a conclusão da obra de acordo com as portarias que estabelece o período de 18 meses a partir do recebimento da primeira parcela. Neste sentido as obras foram classificadas em quatro categorias de acordo com a situação de cada uma. Da seguinte forma:

Quadro 8- Parâmetro de análise do atendimento dos prazos estabelecidos em portaria.

Parâmetro	Descrição
Prazo vigente	Projetos que até a data da disponibilização do banco de dados apresentava ainda não tinha tido seu prazo expirado
Fase preparatória	Projetos que a até a data de disponibilização deste relatório ainda não haviam recebido a primeira parcela por ainda encontrar-se em fase preparatória para inicializar o projeto.
Insatisfatório	Projetos que foram concluídos com prazo superior a 18 meses ou que após os 18 meses ainda se encontrava sem conclusão.
Satisfatório	Projetos conclusos com prazo igual ou inferior a 18 meses.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 14 apresenta por tipo de obra e pelas categorias de análise o cumprimento dos prazos a média de cada região. Ao analisar o desempenho dos municípios no programa a partir da execução dos projetos aprovados dentro dos prazos estabelecidos em portaria por tipo de obra aprovada observa-se que em todas as regiões e nos três tipos de obras disponíveis o percentual de insatisfação é alto. Chegando a 84,47% nos projetos de ampliação, 89,92% de construção e 86,55% de reforma.

Tabela 14- Quantitativo e média percentual da execução dos projetos do REQUALIFICA UBS nos municípios por tipo de obra e região, Brasil, 2015.

Tipo de obra	Região					Total Geral	
	Centro-oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul		
Ampliação	N Municípios	291	1.306	311	772	628	3.308
	N Projetos	744	4.133	1.037	1.701	1.336	8.951
	Prazo Vigente	5,51%	4,77%	12,34%	11,23%	8,83%	7,54%
	Fase preparatória	1,61%	3,05%	4,05%	5,41%	6,81%	4,06%
	Insatisfatório	88,84%	88,19%	80,33%	79,89%	79,57%	84,47%
	Satisfatório	4,03%	3,99%	3,28%	3,47%	4,79%	3,93%
Construção	N Municípios	355	1.513	369	964	688	3.889
	N Projetos	940	4.516	1.360	2.468	1.397	10.681
	Prazo Vigente	3,51%	5,49%	10,51%	8,87%	4,37%	6,59%
	Fase preparatória	2,77%	3,21%	4,78%	3,53%	2,86%	3,40%
	Insatisfatório	93,62%	91,19%	84,56%	87,60%	92,63%	89,92%
	Satisfatório	0,11%	0,09%	0,15%	0,00%	0,14%	0,08%
Reforma	N Municípios	445	1.750	438	1.447	1.040	5.120
	N Projetos	601	3.216	812	2.717	1.219	8.565
	Prazo Vigente	2,16%	2,52%	8,50%	5,26%	4,10%	4,16%
	Fase preparatória	1,16%	1,24%	5,05%	3,86%	1,07%	2,41%
	Insatisfatório	90,35%	90,27%	79,19%	84,25%	84,91%	86,55%
	Satisfatório	6,32%	5,97%	7,27%	6,62%	9,93%	6,89%
Total geral de projetos	2.285	11.865	3.209	6.886	3.952	28.197	

Fonte: Banco de dados REQUALIFICA UBS, 2015.

Dentre os projetos de ampliação 7,54% encontravam-se ainda com prazo vigente, sendo os municípios da região os com maior média, 12,34% e os do Centro-oeste com a menor, 5,51%. Na região Centro-oeste 88,84% apresentaram desempenho insatisfatório em média nos municípios e a região Sul com 79,57% de média insatisfatória teve a menor média entre todas as regiões. E dos de construção 6,59% em média nos municípios brasileiros se encontravam ainda com prazo de execução em vigência e a região Norte possuía a maior média dentre as

demais regiões, 10,51%. A menor média de desempenho insatisfatória foi da região Norte com 84,56% e a maior na região Centro-oeste, 93,62% (Tabela 14).

Quanto aos projetos de reforma observa-se que a região Norte também é a que apresenta uma maior média de projetos ainda com prazo vigente. Assim como a menor média de desempenho insatisfatórios dos municípios e os do Centro-oeste a maior média de insatisfatoriedade (Tabela 14).

Já a Tabela 15 apresenta por tipo de obra e pelas categorias de análise do cumprimento dos prazos a média por Faixa Populacional. Ao analisa-la identifica-se que os menores municípios alcançaram a menor média de insatisfatoriedade em seu desempenho nos projetos de ampliação e reforma e os de maior porte a maior média de projetos de ampliação ainda com prazo vigente e de insatisfatoriedade nos projetos de construção e reforma. Já os municípios com população de 20.001 a 50.000 habitantes tiveram a maior média de insatisfatoriedade nos projetos de ampliação e os com população entre 10.001 e 20.000 habitantes nos de construção.

Tabela 15- Quantitativo e média percentual da execução dos projetos do Requalifica UBS nos municípios por tipo de obra e faixa populacional, Brasil, 2015.

Tipo de obra	Faixa Populacional							Total Geral	
	FP 1	FP 2	FP 3	FP 4	FP 5	FP 6	FP7		
Ampliação	N Municípios	528	611	919	772	257	193	28	3.308
	N Projetos	729	1.117	2.353	2.539	1.003	943	267	8.951
	Prazo Vigente	11,11%	5,73%	6,54%	6,30%	9,27%	9,54%	12,36%	7,54%
	Fase preparatória	7,82%	4,66%	3,53%	2,88%	2,69%	6,89%	2,25%	4,06%
	Insatisfatório	75,31%	84,42%	85,85%	86,57%	84,95%	81,76%	85,39%	84,47%
	Satisfatório	5,76%	5,19%	4,08%	4,25%	3,09%	1,80%	0,00%	3,93%
Construção	N Municípios	553	759	1.094	913	305	228	37	3.889
	N Projetos	682	1.148	2.237	2.770	1.439	1.684	721	10.681
	Prazo Vigente	6,30%	5,84%	5,50%	6,68%	7,16%	6,71%	9,71%	6,59%
	Fase preparatória	3,96%	2,53%	2,77%	3,43%	4,10%	3,38%	4,72%	3,40%
	Insatisfatório	89,74%	91,29%	91,69%	89,82%	88,60%	89,85%	85,58%	89,92%
	Satisfatório	0,00%	0,35%	0,04%	0,07%	0,07%	0,06%	0,00%	0,08%
Reforma	N Municípios	1.084	1.065	1.339	1.032	317	245	38	5.120
	N Projetos	598	783	1.625	1.988	1.153	1.403	1.015	8.565
	Prazo Vigente	4,35%	4,21%	6,89%	3,07%	2,34%	4,99%	2,66%	4,16%
	Fase preparatória	1,67%	2,04%	1,91%	2,36%	2,60%	3,42%	2,36%	2,41%
	Insatisfatório	81,27%	84,80%	83,69%	86,67%	88,81%	87,17%	91,92%	86,55%
	Satisfatório	12,71%	8,94%	7,51%	7,90%	6,24%	4,42%	3,05%	6,89%
Total geral de projetos	2.009	3.048	6.215	7.297	3.595	4.030	2.003	28.197	

Fonte: Banco de dados Requalifica UBS, 2015.

Na Tabela 16 é apresentado o período médio, em meses de execução dos projetos pelos municípios por tipo de obra e satisfatoriedade na execução dos prazos agregados por região. Dentre as propostas de ampliação com desempenho insatisfatório teve média de 33 meses de execução para todas as regiões exceto a região Sul e as satisfatórias média de 15 meses para as regiões Centro-oeste e Sul e 14 para as demais.

Nas propostas de Construção a média nacional foi de 43 meses para os municípios com desempenho insatisfatório e de 17 meses para os de desempenho satisfatório com destaque para a região Centro-oeste que nos projetos com desempenho insatisfatório apresentaram média de 46 meses para a execução. Quanto aos projetos de Reforma a média para os municípios com desempenho insatisfatório foi de 36 meses e a região Centro-oeste, com a maior média, 38 meses para a execução. Nos projetos com desempenho satisfatório a média nacional foi de 13 meses para a conclusão.

Tabela 16- Média de execução das propostas, em meses, por tipo de obra por região, Brasil, 2016.

Tipo de obra		Região					Total Geral	
		Centro-oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul		
Ampliação	N Proposta	471	2.714	559	913	844	5.501	
	Insatisfatório	N	441	2.549	525	854	780	5.149
		Meses	33	33	33	32	30	32
	Satisfatório	N	30	165	34	59	64	352
		Meses	15	15	14	14	15	15
Construção	N Proposta	421	2.062	501	874	805	4.663	
	Insatisfatório	N	420	2.057	499	874	803	4.653
		Meses	43	44	42	46	44	44
	Satisfatório	N	1	5	2	0	2	10
		Meses	18	16	17	0	18	17
Reforma	N Proposta	440	2.511	582	1.864	943	6.340	
	Insatisfatório	N	402	2.319	523	1.684	822	5.750
		Meses	36	36	36	34	33	35
	Satisfatório	N	38	192	59	180	121	590
		Meses	14	13	13	14	15	14
N Proposta Total		1.332	7.287	1.642	3.651	2.592	16.504	

Fonte: Banco de dados REQUALIFICA UBS, 2015.

Embora não apresente uma relação de proporcionalidade os municípios de menor porte populacional apresentaram a menor média no tempo de execução dos projetos de construção e reforma enquanto os municípios de maior porte apresentaram a maior média quando desempenho insatisfatório e os municípios com população entre 100.001 e 500.000 habitantes tiveram a maior média de tempo, 36 meses, nas obras de ampliação (Tabela 17).

Tabela 17- Média de execução das propostas, em meses, por tipo de obra por Faixa Populacional, Brasil, 2016.

Tipo de obra		Faixa Populacional							Total Geral
		FP 1	FP 2	FP 3	FP 4	FP 5	FP 6	FP 7	
Ampliação	N	431	735	1.546	1.653	591	492	53	5.501
	n	389	677	1.450	1.545	560	475	53	5.149
Insatisfatório	Meses	30	31	32	33	34	36	34	32
	n	42	58	96	108	31	17	0	352
Satisfatório	Meses	14	15	15	15	14	16	0	15
	N	328	584	1.059	1.276	607	635	174	4.663
Construção	n	328	580	1.058	1.274	605	634	174	4.653
	Meses	40	43	44	43	47	53	56	44
Insatisfatório	n	0	4	1	2	2	1	0	10
	Meses	0	18	18	15	18	16	0	17
Reforma	N	487	611	1.239	1.565	902	989	547	6.340
	n	411	541	1.117	1.408	830	927	516	5.750
Insatisfatório	Meses	33	34	35	35	36	37	38	35
	n	76	70	122	157	72	62	31	590
Satisfatório	Meses	14	13	14	14	14	15	13	14
	Total	N	1.246	1.930	3.844	4.494	2.100	2.116	774

Fonte: Banco de dados Requalifica UBS, 2015.

4.2.3. Programa Mais Médicos

A média percentual de redução do número de equipes incompletas durante o período de análise foi de 74,62% no Brasil, sendo na região sudoeste a maior média percentual e na região Norte a menor (Tabela 18). Por porte populacional observa-se uma relação inversamente proporcional. Onde os municípios de menor porte apresentaram maior média percentual de redução das equipes incompletas e os de maior porte menor (Tabela 19).

Tabela 18- Média percentual de redução das equipes incompletas nos municípios por região, Brasil, 2016.

Região	N EqSF incompletas*	N EqSF recompostas**	% EqSF incompletas
Centro-oeste	41	29	86,21%
Nordeste	247	158	77,44%
Norte	101	59	59,24%
Sudeste	144	85	80,42%
Sul	70	63	68,78%
Total Geral	603	394	74,62%

Fonte: Portal DAB/MS, 2015. * Dados referentes a média de equipes incompletas no 2º trimestre de 2013. ** Quantidade de equipes incompletas no 2º trimestre de 2013 que haviam sido recompostas em 2016.

Tabela 19- Média percentual de redução das equipes incompletas nos municípios por faixa populacional, Brasil, 2016.

Faixa Populacional	N EqSF incompletas*	N EqSF recompostas**	% EqSF incompletas
Até 5.000 h	29	29	100,00%
De 5.001 até 10.000 h	49	38	100,00%
De 10.001 até 20.000 h	112	86	92,25%
De 20.001 até 50.000 h	153	110	71,97%
De 50.001 até 100.000 h	72	47	56,65%
De 100.001 até 500.000 h	129	66	50,20%
Mais de 500.000 h	59	18	48,58%
Total Geral	603	394	74,62%

Fonte: Portal DAB/MS, 2015. * Dados referentes a média de equipes incompletas no 2º trimestre de 2013. ** Quantidade de equipes incompletas no 2º trimestre de 2013 que haviam sido recompostas em 2016.

Para a análise da evolução do número de EqSF foi adotado a média de equipes do segundo trimestre de 2013 e de 2016 com o intuito de proporcionar uma melhor análise do número de equipes anterior e posterior a implantação do Programa e evitando em incorrer em erro pelo recorte temporal.

A Tabela 20 apresenta, agregado por região, a média percentual e o quantitativo da evolução do número de EqSF por faixas percentuais. Nela, os municípios da região Nordeste foram os que apresentaram a maior redução com 3,51% dos apresentando redução entre 76 e 100%. Os municípios do Centro-oeste apresentaram a maior média percentual de manutenção do quadro inicial de EqSF com 60,18% e no Norte a menor, 35,92%. Observa-se que em todas as regiões a maioria dos municípios apresentaram ampliação do número de equipes que vão de

1% a mais de 300%. No entanto a maior média percentual de crescimento em todas as regiões encontrou-se entre 1 e 50%. Dentre a faixa de crescimento de 1 a 25% os municípios do Nordeste foram os que apresentaram a maior média percentual e no Sul a menor. Na faixa que compreende aumento entre 76 e 100% os municípios da região Norte apresentaram maior média percentual e o Nordeste a menor.

Tabela 20- Variação percentual média do número de EqSF implantadas nos municípios no período de 2013-2016 por região, Brasil.

Faixas	Região					
	Centro-oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total geral
	Média (n)	Média (n)	Média (n)	Média (n)	Média (n)	Média (n)
-76 a -100%	2,13 (7)	3,51 (49)	2,95 (11)	2,74 (28)	1,88 (17)	2,78 (112)
-51 a -75%	0,61 (2)	1,86 (26)	1,61 (6)	1,47 (15)	1,66 (15)	1,59 (64)
-26 a -50%	0,00 (0)	0,21 (3)	0,00 (0)	0,10 (1)	0,22 (2)	0,15 (6)
-1 a -25%	0,00 (0)	0,07 (1)	0,27 (1)	0,29 (3)	0,00 (0)	0,12 (5)
0%	60,18 (198)	40,66 (568)	35,92 (134)	44,56(455)	53,64 (486)	45,73 (1.841)
1 a 25%	11,55 (38)	26,34 (368)	13,40 (50)	12,73 (130)	9,38 (85)	16,67 (671)
26 a 50%	10,64 (35)	16,25 (227)	17,69 (66)	14,59 (149)	12,47 (113)	14,65 (590)
51 a 75%	1,52 (5)	3,15 (44)	6,17 (23)	3,62 (37)	2,43 (22)	3,25 (131)
76 a 100%	9,73 (32)	4,94 (69)	11,53 (43)	9,21 (94)	11,37 (103)	8,47 (341)
101 a 200%	2,43 (8)	2,29 (32)	5,90 (22)	5,88 (60)	3,53 (32)	3,83 (154)
Maior 200%	0,30 (1)	0,29 (4)	2,14 (8)	1,57 (16)	1,88 (17)	1,14 (46)
Maior 300%	0,91 (3)	0,43 (6)	2,41 (9)	3,23 (33)	1,55 (14)	1,61 (65)
Total	329	1397	373	1021	906	4026

Fonte: Portal DAB/MS, 2015.

A Tabela 21 apresenta a evolução da média percentual e o quantitativo de EqSF no período de 2013 a 2016 por faixa populacional. Nela pode-se observar que os municípios com população até 20.000 habitantes apresentaram a maior média de manutenção do número de equipes e a partir desta faixa populacional o aumento da média de crescimento na faixa percentual de 1 a 25% foi diretamente proporcional ao tamanho dos municípios.

Tabela 21- Variação percentual média do número de EqSF implantadas nos municípios no período de 2013-2016 por faixa populacional, Brasil, 2016.

Faixas	Faixa populacional							Total Geral
	FP 1	FP 2	FP 3	FP 4	FP 5	FP 6	FP 7	
	Média (N)	Média (N)	Média (N)	Média (N)	Média (N)	Média (N)	Média (N)	Média (N)
- 76 a - 100%	0,00 (0)	0,61 (5)	3,04 (32)	4,06 (38)	4,17 (13)	8,23 (20)	10,00 (4)	2,78 (112)
- 51 a - 75%	0,96 (6)	3,07 (25)	1,61 (17)	0,96 (9)	1,60 (5)	0,82 (2)	0,00 (0)	1,59 (64)
- 26 a - 50%	0,00 (0)	0,00 (0)	0,19 (2)	0,32 (3)	0,00 (0)	0,00 (0)	2,50 (1)	0,15 (6)
- 1 a - 25%	0,16 (1)	0,12 (1)	0,09 (1)	0,11 (1)	0,32 (1)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,12 (5)
0%	76,24 (478)	57,13 (465)	45,30 (477)	35,22 (330)	21,15 (66)	9,88 (24)	2,50 (1)	45,73 (1.841)
1 a 25%	0,00 (0)	1,23 (10)	20,32 (214)	26,04 (244)	28,85 (90)	39,09 (95)	45,00 (18)	16,67 (671)
26 a 50%	0,16 (1)	22,97 (187)	14,81 (156)	14,83 (139)	21,15 (66)	13,99 (34)	17,50 (7)	14,65 (590)
51 a 75%	0,00 (0)	0,12 (1)	3,23 (34)	5,34 (50)	6,41 (20)	8,23 (20)	15,00 (6)	3,25 (131)
76 a 100%	21,37 (134)	8,97 (73)	4,75 (50)	5,55 (52)	5,13 (16)	6,58 (16)	0,00 (0)	8,47 (341)
101 a 200%	1,12 (7)	4,67 (38)	3,42 (36)	4,27 (40)	6,41 (20)	5,35 (13)	0,00 (0)	3,83 (154)
Maior 200%	0,00 (0)	0,86 (7)	1,80 (19)	1,28 (12)	1,28 (4)	1,65 (4)	0,00 (0)	1,14 (46)
Maior 300%	0,00 (0)	0,25 (2)	1,42 (15)	2,03 (19)	3,53 (11)	6,17 (15)	7,50 (3)	1,61 (65)
Total	627	814	1053	937	312	243	40	4026

Fonte: Portal DAB/MS, 2015.

4.3.MODELO ANALÍTICO

4.3.1. Taxa de Mortes Evitáveis

O modelo apresentou o teste f menor que 0,000, indicando que é válido. As variáveis independentes do estudo para a variável dependente taxa de mortes por causas evitáveis, quando analisadas por região, observa-se que de modo geral a regressão explica 14% dos casos, sendo que apresenta maior possibilidade explicativa para a região Norte, explicando 26% dos casos.

Tabela 22 – Regressão sobre a taxa de mortes por causas evitáveis por região, Brasil, 2016.

Estatística de regressão	R-Quadrado	Erro padrão	Observações
Centro-oeste	0,07	0,98	466
Nordeste	0,15	0,78	1796
Norte	0,26	0,76	447
Sudeste	0,04	0,89	1668
Sul	0,04	0,99	1188
Nacional	0,14	0,93	5565

Fonte: o autor, 2017.

As variáveis dependentes se comportaram de maneira distinta a cada região do país. Para a região Norte apenas a cobertura do PMM apresentou significância no modelo com coeficiente de -0,21. No Nordeste, apenas a variável Cobertura do Requalifica UBS com um coeficiente de 0,18, nas regiões Centro-Oeste e Sudeste apenas a Cobertura do PMAQ AB apresentou a significância, com coeficiente de 0,53 e 0,13, respectivamente, e na região Sul nenhuma variável dependente apresentou significância.

Tabela 23 – Regressão sobre a taxa de mortes evitáveis por variáveis independentes, por região, Brasil, 2016.

Variáveis	Regiões									
	Norte		Nordeste		Centro-oeste		Sudeste		Sul	
	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P
Interseção	4,34	0,00	5,02	0	3,69	0	3,83	0	3,4	0
Evolução cobertura	0,18	0,24	-0,29	0,03	0,02	0,95	-0,11	0,18	0,19	0,08
Desemp_PMAQ	0,04	0,7	0,02	0,52	0,26	0,02	-0,02	0,48	-0,02	0,69
Desemp_Req	-0,03	0,88	0,34	0,01	-0,15	0,70	-0,02	0,85	-0,11	0,56
Desemp_PMM	-0,10	0,29	-0,04	0,43	-0,02	0,91	-0,06	0,43	0,07	0,46
Cob_Req	0,04	0,67	0,18	0	-0,08	0,49	-0,03	0,61	-0,07	0,36
Cob PMAQ	0,16	0,18	-0,10	0,16	0,53	0,00	0,13	0,03	-0,06	0,46
Cob PMM	-0,21	0,00	-0,03	0,41	-0,1	0,22	0,00	0,91	0,03	0,45
% pop renda <1/2 SM	-2,47	0,00	-2,35	0,00	-0,72	0,09	0,33	0,13	1,31	0,00
Inst sanitária insat	-0,31	0,21	-0,47	0,00	-0,37	0,09	-0,89	0,00	0,13	0,23

Fonte: o autor, 2017.

As variáveis de confusão também se comportaram de forma distinta para cada região. A taxa de pobreza apresentou significância para as regiões Norte, Nordeste e Sul, com coeficiente de -2,47, -2,35 e 1,31, e a Instalações Sanitárias para as regiões Nordeste, com -0,47 de coeficiente, e Sudeste, -0,89.

Quanto à faixa populacional, o teste f de significância também apresentou valor abaixo de 0,000 e observa-se que o estudo apresenta maior explicação para os municípios de maior porte, explicando 46% para estes e para os menores municípios os modelos apresentaram o menor percentual explicativo, 0,05%.

Tabela 24 - Regressão da taxa de mortes evitáveis por faixa populacional, Brasil, 2016.

Estatística de regressão	R-Quadrado	Erro padrão	Observações
Até 5.000 h	0,05	1,22	1236
De 5.001 até 10.000 h	0,13	0,97	1211
De 10.001 até 20.000 h	0,25	0,81	1372
De 20.001 até 50.000 h	0,26	0,73	1091
De 50.001 até 100.000 h	0,23	0,66	351
De 100.001 até 500.000 h	0,10	0,62	263
Mais de 500.000 h	0,46	0,40	41
Nacional	0,14	0,93	5565

Fonte: o autor, 2017.

Quanto ao porte populacional, as variáveis não apresentaram significância para os municípios com população menor que 5.000 e de 5.001 até 10.000 habitantes. Para os com população de 10.001 até 20.000, o Desempenho do PMAQ, com coeficiente de 0,29, a Cobertura do PMAQ e a Cobertura do PMM também apresentaram Valor – P significativo, com -0,21 e -0,17, respectivamente. Nos de população de 20.001 até 50.000, a Evolução da cobertura da SF, coeficiente -0,19, o Desempenho do PMAQ, coeficiente 0,08, o Desempenho do Requalifica UBS, coeficiente 0,36, e a cobertura do PMM, coeficiente -0,14, apresentaram valor - P < 5%. Para os demais perfis nenhuma das variáveis apresentaram significância.

Tabela 25 - Regressão da taxa de mortes evitáveis por variáveis independentes, por faixa populacional, Brasil, 2016.

Variáveis	Faixas populacionais													
	Até 5.000		De 5.001 até 10.000		De 10.001 até 20.000		De 20.001 até 50.000		De 50.001 até 100.000		De 100.001 até 500.000		Mais de 500.000	
	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P
Interseção	3,95	0,00	4,2	0,00	4,4	0,00	4,2	0,00	4,08	0,00	3,75	0,00	3,16	0,00
Evolução cobertura	0,08	0,68	0,14	0,24	0,1	0,29	-0,19	0,04	-0,16	0,29	-0,06	0,68	-0,06	0,86
Desemp PMAQ	0,07	0,42	0,08	0,17	0,02	0,56	0,08	0,02	0,03	0,56	0,01	0,83	-0,03	0,06
Desemp Req	-0,34	0,07	-0,24	0,2	0,29	0,03	0,36	0,02	0,07	0,81	-0,17	0,55	3,16	0,00
Desemp PMM	0,01	0,95	-0,08	0,33	0,01	0,82	0,04	0,49	0,02	0,86	-0,04	0,66	0,17	0,08
Cob Req	0,00	0,97	0,09	0,19	0,1	0,08	0,01	0,89	-0,13	0,12	-0,04	0,77	-0,14	0,63
Cob PMAQ	0,11	0,21	0	0,99	-0,21	0,01	0,02	0,83	0,1	0,5	0,08	0,63	0,25	0,4
Cob_ PMM	-0,03	0,65	0	0,97	-0,17	0,00	-0,14	0,00	0,02	0,47	0,02	0,36	-0,06	0,17
% pop renda <1/2 SM	-1,19	0,00	-1,36	0,00	-1,25	0,00	-0,89	0,00	-0,63	0,01	0,55	0,14	1,76	0,11
Inst sanitária insat	-0,12	0,34	-0,32	0,00	-0,57	0,00	-0,73	0,00	-0,81	0,00	-1,03	0,00	-0,74	0,18

Fonte: o autor, 2017.

Já a variável taxa de pobreza obteve valor-P significativo em todas as faixas populacionais, exceto para os municípios com população de 100.001 até 500.000 e maior que 500.000 habitantes. O maior coeficiente, -1,36, foi dos municípios de 5.001 a 10.000 habitantes. E instalações sanitárias para todas as faixas, exceto para os municípios com população menor que 5.000 e para os com população maior que 500.000 habitantes. Em todas elas a relação foi positiva.

4.3.2. Modelo Analítico sobre o percentual de ICSAP

Para a variável independente percentual de ICSAP por região, o modelo apresentou significância no teste f, mas pouca explicabilidade, tendo maior explicação para a região Norte e para a Sudeste, com 11% e 10% de explicação, respectivamente. A região Sul apresentou a menor taxa explicativa com 2% (Tabela 26). Observando o teste de significância, o modelo se apresenta útil para explicar ao menos uma das variáveis, pois apresentou-se menor que 0,05.

Tabela 26 - Regressão % ICSAP por variáveis independentes, por região, 2016.

Estatística de regressão	R-quadrado	Erro padrão	Observações
Norte	0,11	0,11	447
Nordeste	0,03	0,14	1796
Centro-oeste	0,03	0,11	466
Sudeste	0,10	0,10	1668
Sul	0,02	0,09	1188
Nacional	0,12	0,11	5565

Fonte: o autor, 2017.

Com relação à variável percentual de ICSAP, observa-se que na região Norte o Desempenho e a Cobertura no Requalifica UBS apresentaram significância e coeficiente de 0,04 e -0,05. Para a região Nordeste apenas a Cobertura do PMM, com coeficiente de -0,02, e para a Centro-Oeste o Desempenho do Requalifica UBS apresentaram Valor – P significativo e coeficiente de 0,03. Já na região Sudeste, a Cobertura do Requalifica UBS e a Cobertura do

PMAQ demonstraram significância com 0,02 e -0,02, respectivamente. Já na região Sul nenhuma variável dependente demonstrou-se significava.

Tabela 27 - Regressão ICSAP por variáveis independentes, por região, Brasil, 2016.

Variáveis	Regiões									
	Norte		Nordeste		Centro-oeste		Sudeste		Sul	
	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P
Interseção	0,2	0	0,24	0	0,28	0	0,23	0	0,26	0
Evolução cobertura	0,04	0,09	0,02	0,45	0,05	0,14	-0,01	0,39	-0,02	0,07
Desemp PMAQ	0,01	0,78	-0,03	0,22	-0,03	0,55	0	0,96	-0,02	0,28
Desemp Req	0,04	0,01	0	0,48	0,03	0,03	0	0,73	0	1
Desemp PMM	-0,01	0,3	0	0,7	0	0,9	-0,01	0,32	0	0,88
Cob Req	-0,05	0	-0,01	0,17	-0,02	0,07	0,02	0,01	0	0,95
Cob PMAQ	-0,01	0,53	0,02	0,06	0,01	0,72	-0,02	0	0	0,61
Cob PMM	0,01	0,17	-0,02	0,01	-0,02	0,06	0	0,33	0	0,85
% pop renda <1/2 SM	0,15	0	0,14	0	0,07	0,12	0,26	0	0,08	0
Inst sanitária insat	0,08	0,03	0,04	0,02	0	0,91	-0,06	0	0,01	0,26

Fonte: o autor, 2017.

A variável de confusão taxa de pobreza apresentou significância para todas as regiões, exceto para a região Centro-Oeste, e a Instalações sanitárias, excetuando as regiões Centro-Oeste e Sul, apresentou Valor – P menor que 5%, com o maior coeficiente, 0,15, para a região Norte. Quando observado por porte populacional, o modelo apresenta maior explicação para os municípios com população 50.001 e 100.000 habitantes com r-quadrado de 27%. O menor percentual foi para os municípios com população de 10.001 até 20.000 com 6%.

Tabela 28 - Regressão sobre o percentual de ICSAP, por faixa populacional, Brasil, 2016.

Estatística de regressão	R-quadrado	Erro padrão	Observações
Até 5.000 h	0,08	0,12	1236
De 5.001 até 10.000 h	0,1	0,12	1211
De 10.001 até 20.000 h	0,06	0,13	1372
De 20.001 até 50.000 h	0,19	0,11	1091
De 50.001 até 100.000 h	0,27	0,09	351
De 100.001 até 500.000 h	0,16	0,06	263
Mais de 500.000 h	0,12	0,07	41
Nacional	0,12	0,11	5565

Fonte: o autor, 2017.

Na regressão por faixa populacional os municípios com população menor que 5.000, com população entre 5.001 e 10.000, de 50.001 até 100.000 e de 100.001 até 500.000 habitantes nenhuma variável dependente apresentou valor menor que 5%. Nos da faixa de 10.001 até 20.000 habitantes, o Desempenho do PMAQ com coeficiente de 0,29, a Cobertura do PMAQ, coeficiente -0,21, e a Cobertura do PMM, coeficiente -0,17, obtiveram valor – P significativo e com relação positiva. E para os de maior população apenas a Cobertura do PMM apresentou significância com coeficiente de 0,18.

Tabela 29 - Regressão sobre o percentual de ICSAP, por faixa populacional, Brasil, 2016.

Variáveis	Faixas Populacionais													
	Até 5.000		De 5.001 até 10.000		De 10.001 até 20.000		De 20.001 até 50.000		De 50.001 até 100.000		De 100.001 até 500.000		Mais de 500.000	
	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P	Coef.	valor-P
Interseção	3,95	0,00	4,2	0	4,4	0,00	4,20	0,00	4,08	0,00	3,75	0,00	0,00	3,67
Evolução cobertura	0,08	0,68	0,14	0,24	0,10	0,29	-0,19	0,04	-0,16	0,29	-0,06	0,68	0,00	-0,01
Desemp_PMAQ	0,07	0,42	0,08	0,17	0,02	0,56	0,08	0,02	0,03	0,56	0,01	0,83	0,25	-0,27
Desemp_Req	-0,34	0,07	-0,20	0,2	0,29	0,03	0,36	0,02	0,07	0,81	-0,17	0,55	0,04	-1,17
Desemp_PMM	0,01	0,95	-0,10	0,33	0,01	0,82	0,04	0,49	0,02	0,86	-0,04	0,66	0,49	-0,08
Cob_Req	0,00	0,97	0,09	0,19	0,10	0,08	0,01	0,89	-0,13	0,12	-0,04	0,77	0,31	0,30
Cob_PMAQ	0,11	0,21	0,00	0,99	-0,20	0,01	0,02	0,83	0,10	0,5	0,08	0,63	0,43	-0,35
Cob_PMM	-0,03	0,65	0,00	0,97	-0,20	0,00	-0,14	0,00	0,02	0,47	0,02	0,36	0,18	-0,05
%_pop_renda_<1/2_SM	-1,19	0,00	-1,40	0,00	-1,30	0,00	-0,89	0,00	-0,63	0,01	0,55	0,14	0,00	1,52
Inst_sanitaria_Insat	-0,12	0,34	-0,30	0,00	-0,60	0,00	-0,73	0,00	-0,81	0,00	-1,03	0,00	0,99	-1,07

Fonte: o autor, 2017.

A variável de confusão taxa de pobreza apresentou-se significativa para todos os perfis com população até 100.000 habitantes. Para os municípios com população de 5.001 até 10.000 apresentaram o maior coeficiente, -1,36 e a instalações sanitárias valor – P significativo para todas as faixas, excetuando os municípios de menor e os de maior porte populacional. Com relação positiva em todos os casos significativos.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados está organizada de acordo com as etapas previstas neste estudo e buscou se apoiar na literatura revisada. Orientando-se pelos objetivos propostos, perseguiu-se responder às questões de pesquisa e seus desdobramentos.

A partir da análise descritiva se objetivou conhecer e refletir sobre o cenário de implantação dos três programas avaliados sob o olhar da cobertura de SF no mês de instituição, calculada por município e agregada por regiões e FP e indicadores de cenário relacionados ao objetivo primário de cada um dos programas, assim como a análise da dispersão da média nos agregados.

A análise do cenário de implantação possibilita o entendimento dos problemas a serem enfrentados pelas intervenções estudadas e a compreensão do ponto de partida destas, propiciando uma melhor mensuração do alcance dos objetivos por elas propostos.

Em seguida, foi analisado o desempenho dos municípios, organizados por regiões e Faixas Populacionais, nos programas e por fim, analisou-se a correlação entre a cobertura da ESF e dos programas nos municípios e o desempenho destes nos programas com o intuito de compreender se as variáveis independentes escolhidas para o estudo implicaram na redução da taxa de mortes por causas evitáveis e nas ICSAP, por entender que este indicador tem grande potencial de medir o acesso e a qualidade dos serviços de Atenção Básica a Saúde para a população.

5.1. ANÁLISE DO CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS

5.1.1. Saúde da Família na instituição dos Programas

O cálculo geral de cobertura da ESF nacional, regional e por faixa populacional, sem a observação da cobertura das equipes por município, pode apresentar distorções e implicar

em equívocos na formulação de estratégias para o fortalecimento da AB. Pois quando um município apresenta cobertura superior a 100% o excedente não se aplica nos municípios com cobertura inferior a 100%. Neste sentido, foi estabelecido cálculo de cobertura com ponto de corte referente à população do município e a partir daí construída a base para os cálculos estatísticos da cobertura de SF dos municípios por região e FP no período referente à instituição de cada programa. Sem o ajuste da média municipal, os estados e municípios mais populosos influenciam as médias das regiões e nacional para menor, o que representaria potencialmente a percepção de uma necessidade maior de implantação de equipes do que realmente seria necessário e sem a devida identificação dos vazios assistenciais.

O ajuste da média possibilita a leitura com maior profundidade acerca da cobertura da SF no Brasil apontando para os principais vazios assistenciais, superando generalizações e dando oportunidade para uma construção estratégica focalizada nas alternativas para a consolidação da cobertura da ESF. A partir do DP de cada região pode-se observar o nível de dispersão da média por região, o que implicaria numa melhor identificação dos problemas de disparidade nas coberturas em cada cenário.

O cenário de implantação dos três programas, quando observado pela cobertura de ESF municipal, não apresentou grande distinção, tendo em vista que no período de instituição do PMAQ AB, o primeiro período analisado, o Brasil já apresentava uma média de cobertura nos municípios relativamente elevada, com 80,56%, na instituição do Requalifica UBS 80,94%, e no período do PMM, último a ser instituído, 81,26%, o que significa um crescimento de apenas 0,72%, em dois anos. O desvio padrão observado foi de 0,30 no período do PMAQ AB e do Requalifica UBS e de 0,29 no PMM, o que aponta um discreto aumento na uniformidade nas médias entre os municípios no país.

Neste período, mesmo com aumento da cobertura média nacional, os municípios da região Norte e Centro-Oeste apresentaram redução. Quando analisado o cenário pelo porte

populacional, os municípios apresentaram relação inversamente proporcional, quanto menor o porte do município maior a cobertura, sendo os municípios da região Nordeste e os de menor porte a maior relevância para elevar a média nacional. E os da região Sudeste e de maior porte, com as menores coberturas.

Tal identificação reforça a hipótese de que o porte populacional dos municípios influencia diretamente na cobertura, no entanto contradiz as afirmações que apontam que os municípios de menor porte encontram maiores dificuldades na implantação de programas e políticas.

Ao analisar as equipes incompletas, observa-se que a média apresentada foi baixa, apenas 2,06%, em 404 municípios com maior presença na região Norte e menor no Sudeste. Neste sentido os dados apresentam grandes interrogações acerca da cobertura de SF nos municípios brasileiros, tendo em vista que, contraditoriamente a estes, as barreiras de acesso à AB estão frequentemente presentes em estudos e em denúncias da sociedade civil e dos meios de comunicação, sendo normalmente atrelado à ausência de profissionais médicos, problema histórico no SUS (12) (40).

Cabe, assim, o questionamento sobre a fidedignidade dos dados das EqSF informados pelos municípios no CNES. Sendo uma hipótese plausível que os profissionais médicos cadastrados nas equipes não atuam de acordo com o preconizado na legislação no que se refere à carga horária de trabalho. E, com isso, o mesmo profissional pode estar atuando em mais de uma EqSF ou não estar efetivamente atuando, colocando a veracidade dos dados dos sistemas de informações em saúde, principalmente o CNES, em questão.

Em Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde TC 032.624/2013-1, do Tribunal de Contas da União (TCU), que visa aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas que apresenta a visão deste Tribunal sobre o assunto aponta, dentre várias outras questões, a

existência de inconformidades no CNES de diversos estabelecimentos de saúde de diferentes níveis de atenção. Análise de relatório operacional do próprio Tribunal sobre a AB, realizado em 2009, afirmou haver inconsistências no CNES, dificuldades para atrair ou fixar profissionais na AB, precarização das relações de emprego entre a Administração Pública e os membros das EqSF, o não cumprimento da carga horária semanal de 40 horas, conforme previsto na PNAB, entre outras questões (79).

Este relatório apontou também a ausência de um mecanismo que impeça o cadastramento de um mesmo profissional em diversos estabelecimentos de saúde distantes entre si, tendo em vista que a localização geográfica dessas unidades inviabilizaria o cumprimento da jornada de trabalho contratada e que havia diversas inconsistências no CNES referentes à jornada de trabalho dos médicos no SUS (79).

Tais afirmações vêm sendo reforçadas nos relatórios do TCU em 2012, 2013 e 2014 (80), assim como em relatórios de Tribunais de Contas estaduais, como o do Pará, que apontou que em visitas in loco foram observadas equipes de saúde cadastradas no CNES, mas sem contar com a presença de profissionais médicos (81).

Tal questão pode estar relacionada à hegemonia do modelo de atenção médico assistencial privatista, também chamado de médico assistencial hospitalocêntrico ou modelo biomédico, que tem suas raízes na medicina liberal e estruturou as bases dos sistemas de prestação de serviços do século XX, que tem como objeto a doença e se estrutura a partir da atenção especializada e hospitalar (82).

Esse modelo, ainda hegemônico no SUS, encontra-se em disputa com outros modelos assistenciais diversos, sendo objeto de debate de diversas Conferências Nacionais de Saúde. Tem orientado a estrutura dos serviços de saúde e formação dos profissionais, reproduzindo, assim, sua tendência de hegemonia na orientação do modelo de atenção e conflitando com o papel delegado à Atenção Básica (82) (83) (84). Assim, outras modalidades

de Atenção Básica podem estar competindo com a Saúde da Família nas maiores cidades e na região Sudeste.

Pelo fato destes modelos não contarem com financiamento específico, como no caso das EqSF, pode estar ocorrendo o cadastramento na modalidade da ESF, mas na prática aplica-se outro modelo de atenção, onde o profissional médico não atuaria 40 horas semanais e poderia ser alocado em mais de uma equipe, utilizando o período adotado pelo DAB de reconhecer a equipe como incompleta, após duas competências sem o profissional.

Sendo assertivas estas argumentações, poderia ajudar a compreender o motivo das grandes cidades e a região Sudeste apresentarem a maior concentração de profissionais, mas a menor cobertura de AB. A devida provisão de profissionais, especialmente médicos, para a APS é um desafio enfrentado por diversos países (12).

5.1.2. Avaliação das EqSF no 1º ciclo do PMAQ AB

A avaliação das equipes realizada no primeiro ciclo do PMAQ AB apontou que 62,90% destas receberam conceito satisfatório. Apenas a região Norte foi a única que apresentou desempenho insatisfatório acima de 50% e as regiões Sul e Sudeste apresentaram as melhores médias de conceito satisfatório.

Percentual relativamente alto para a crise na saúde pública rotineiramente publicizada e comumente alegada para questionar o modelo de atenção em construção. Questão que também pode ser problematizada pelos resultados da pesquisa realizada pelo IPEA, que aponta que 80,70% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da EqSF avaliaram o atendimento como muito bom ou bom (85). Apesar da grande diferença metodológica entre as duas avaliações, ambas levam a uma leitura distinta da tão difundida fragilidade na AB.

No entanto, o MS estabeleceu o limite de adesão de 50% das equipes por municípios, posteriormente possibilitou um aumento deste percentual, a adesão ao PMAQ era realizada de forma voluntária pelas equipes e gestores, e houve a adesão de 53,1% das equipes. Neste sentido os gestores escolhiam as equipes que deveriam aderir ao PMAQ AB (86). Pressupõe-se assim, que os gestores aderiram às equipes com melhores condições para avaliação, pois esta estaria relacionada à vinculação de maior aporte de recursos deixando interrogada a situação das demais unidades não aderidas.

Observando-se o cenário das regiões brasileiras na avaliação, identifica-se que as que apresentam o maior desenvolvimento econômico do país, Sul e Sudeste, apresentaram os melhores resultados e que aquelas com o menor, Norte e Nordeste, os piores. Neste sentido, os dados vêm reforçar que a qualidade das EqSF está em concomitância com as desigualdades econômicas e sociais nas regiões brasileiras. De modo geral, a configuração territorial do SUS expressa e reproduz as desigualdades regionais (87). Cabe ressaltar que, nas últimas décadas, o Brasil passou por um processo de diminuição da pobreza e desigualdades. No entanto, as desigualdades regionais e em saúde mostram-se ainda com grande presença.

Ao observar os cenários por porte populacional, identifica-se que os municípios de menor porte tiveram melhor desempenho que os demais e os de maior porte, o pior desempenho. Assim apresentando uma maior complexidade na avaliação, tendo em vista que os municípios de menor porte normalmente são associados à maior vulnerabilidade econômica e administrativa, mas no desempenho do PMAQ AB apresentaram avaliação que vai de encontro à questão.

Assim, demonstrou-se ser assertiva a construção de uma metodologia de avaliação padronizada para avaliação as equipes das diferentes regiões e perfis municipais do país. Sendo necessário somar esforços a esta medida para compreender e intervir nas iniquidades levantadas por ela. Estes resultados apresentam coerência na leitura de cenário realizada para a formulação

do programa e apontam o horizonte para as mudanças necessárias ao fortalecimento da ESF como reorientadora do modelo de atenção.

5.1.3. Infraestrutura Física das Unidades

Tendo em vista a avaliação realizada através do grupo de indicadores 9 do módulo I do PMAQ AB, que identifica a existência ou não de ambientes nas unidades de saúde, tem-se um resultado alarmante sobre a infraestrutura física destas. O critério utilizado trata apenas da presença dos ambientes mínimos necessários conforme a legislação atual e, assim, a análise apontou que os municípios possuem média de 99,36% de equipes com conceito insatisfatório e Desvio Padrão de 0,10 das 37.879 unidades avaliadas.

Tal realidade se demonstra da mesma forma em todas as regiões do país e em todas as faixas populacionais, com exceção apenas para os municípios de maior porte, que apresentaram uma maior média de unidades com conceito satisfatório, 36,40%, mas com o maior DP dentre todos os agregados em região e FP.

Diversos estudos foram realizados com o intuito de analisar a situação das UBS no Brasil em diversos municípios, estados e regiões, e apontava-se para percentuais significativos de inadequações (39). Estudo realizado no estado de Mato Grosso classificou apenas 39% das unidades como adequadas e estudo realizado nas regiões Nordeste e Sul demonstrou grande dificuldade de acesso das pessoas com deficiência pela ausência de ambientes apropriados (39).

Segundo dados do IPEA, diversos estudos e pesquisas apontam que a infraestrutura das unidades básicas de saúde está muito aquém dos padrões recomendados pelos órgãos de controle. Dados de relatório da CGU do ano de 2013, 46% das UBS visitadas, de um total de 1.214, encontravam-se sem condições físicas adequadas para a prestação de assistência à saúde para a população (85).

Assim, os dados apresentam que a situação crítica nas unidades básicas de saúde brasileiras é um problema generalizado por todo o país, sendo menor apenas nas grandes cidades. Partindo da premissa que as UBS são espaços realização de ações e serviços de AB e que a sua infraestrutura física tem implicação direta na prática e no processo de trabalho dos profissionais que nelas atuam, a situação das unidades apresenta-se como condicionante da qualidade de atuação das equipes que nelas atuam (12).

Aproximadamente 4% das unidades não apresentavam consultório clínico, 53,30% não contavam com sala de procedimento, 34,61% sem sala de vacina e 67,75% sem sala de reunião e atividades educativas, o que coloca em questão que tipo de atendimento pode ser ofertado nestas unidades, bem como a forma que é ofertada.

Neste cenário, o Requalifica UBS mostra-se pertinente, necessário e pautado num problema expressivo. No entanto, diversos fatores podem estar direta e indiretamente relacionados à impressão desta realidade, e a incompreensão ou compreensão parcial destes pode implicar em equívocos estratégicos que atrapalham o alcance dos objetivos do Programa.

Um destes fatores pode estar relacionado ao histórico de subfinanciamento da saúde. Excetuando o PAB Fixo, o financiamento da AB ainda hoje está atrelado à adesão a programas específicos, a partir da estratégia de indução de modelo do MS (88). Mesmo a partir da adesão, o financiamento apresenta-se aquém dos gastos de sua devida implantação ficando a cargo dos municípios a maior parcela dos recursos (89). Soma-se a isso as parcas políticas de financiamento público para a adequação e construção de unidades e a fragilidade dos municípios na captação de recursos próprios para investimento na estrutura física de suas unidades.

Cabe ressaltar que no última década, com o advento dos programas de qualificação da AB aqui estudados, o financiamento federal passa por importantes mudanças e pela primeira

vez na historia do MS a AB recebe maior investimento financeiro que os demais níveis de atenção contemplando recursos de custeio e capital (47).

Outra hipótese aqui levantada é a baixa capacidade administrativa dos municípios para a realização de obras de construção e manutenção de suas unidades. Comumente se observa a complexidade dos procedimentos administrativos impostos pela legislação estruturante do aparelho de Estado brasileiro e a ausência de dispositivos que auxiliem os municípios na execução e monitoramento dos processos de licitação e compras.

Sendo assim, o fortalecimento das gestões municipais e a ampliação de sua capacidade de gestão deve estar presente em todas as etapas da elaboração de políticas e programas de saúde, visando, assim, propiciar ao conjunto de atores com posição central na implementação dos programas terem as devidas condições para tal execução, sob pena do não alcance dos objetivos ou da parcialidade destes.

Por fim, cabe aqui destacar a necessidade de revisão e atualização dos indicadores e parâmetros de análise dos programas ora estudados, com o intuito de qualificá-los e ampliar o grande potencial de intervenção na AB que estes possuem. Pois, mesmo compreendendo que a avaliação do PMAQ parte de um número muito maior de variáveis, apresenta um conflito visível entre a média de equipes avaliadas com conceito satisfatório e a de unidades inadequadas, com maior agravamento ao se tratar da avaliação das unidades apenas a partir da presença dos ambientes mínimos exigidos na legislação, assim como os próprios dados apresentados na avaliação das unidades, em que 933 unidades tiveram que ser excluídas do estudo pela ausência de informações que são de livre observação do avaliador.

5.2. Desempenho municipal nos programas

5.2.1. Programa Nacional e Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Os conceitos obtidos pelas equipes tiveram, de modo geral, uma diminuição da média das avaliações acima da média e muito acima da média e no conceito Mediano ou abaixo da média. Sendo que 48,86% das equipes avaliadas como Acima da média no 1º ciclo passaram para o conceito Mediano ou abaixo da média no 2º. A região Centro-oeste e Norte apresentaram a maior média percentual desta redução e a região nordeste a menor. A região Norte apresentou a menor cobertura da ESF e a nordeste a maior neste período.

Em cada ciclo avaliativo as equipes e os municípios devem apresentar um conjunto de compromissos de melhorias e sua avaliação parte de padrões únicos nacionais (16). Neste sentido a diminuição em seu desempenho pode estar atrelada a dificuldade no cumprimento de compromissos para além dos firmados no primeiro ciclo.

O percentual de redução no conceito não apresenta grande variação nas diferentes faixas populacionais, excetuando os municípios com população de 50.001 até 100.000 h que apresentou aumento em suas equipes avaliadas como Acima da média. O que aponta para que, mesmo com grandes diferenças em sua gestão, os municípios apresentam dificuldades e dar continuidade num processo de qualificação contínua da AB.

Tais questões apontam para o grande desafio do PMAQ AB em ampliar o acesso e qualidade da AB brasileira. Tanto no que se referente à complexidade teórica e metodologia do tema quanto ao grande conjunto de variáveis que incidem sobre ela. Estas dificuldades tendem a pontar para questões que estão para além das iniquidades regionais e para a estrutura dos municípios. Tendo em vista que a diminuição do conceito ocorreu em todas as regiões e em todas as faixas populacionais.

Faz-se necessário uma análise minuciosa a partir de cada um dos indicadores do programa e um diálogo interfederativo que possa dar espaço aos gestores locais de expor as barreiras por eles encontradas para a ampliação do acesso e da qualidade.

Cavalcanti (86), em estudo realizado em 2015, utilizando o banco de dados do PMAQ analisa a frequência absoluta e relativa para os vinte e cinco desafios apontados pelo MS no PMAQ e identifica os cinco mais presentes em nível nacional: 4 - Aperfeiçoar os processos de monitoramento e avaliação da ABS com base em indicadores; 5 - Auxiliar as equipes na análise e manejo de informações em saúde, inclusive indicadores, de modo que tenham valor de uso e sirvam para a tomada de decisão no âmbito local; 1 - Aperfeiçoar a capacidade de gestão de pessoas da coordenação da ABS; 15 - Garantir a informatização das unidades básicas de saúde, de modo assegurar o acesso à internet nas unidades e 10 - Realizar reformas das unidades próprias existentes (86).

Assim mostra-se necessário o investimento em estratégias, programas e políticas específicas ou associadas às existentes que visem fortalecer e ampliar a capacidade de gestão municipal frente aos desafios na implementação de programas e políticas de fortalecimento da AB dialogando com as especificidades regionais e as distintas características dos municípios brasileiros.

5.2.2. Requalifica UBS

Os resultados encontrados referentes ao desempenho dos municípios no programa tendem a reforçar o seu cenário de implantação. Tendo em vista o grande percentual de municípios que não conseguiram concluir seus projetos dentro do prazo estabelecido em todos os três tipos de obras. Sendo as obras de reforma as com melhor percentual de execução em todas as regiões e faixas populacionais.

Dos projetos concluídos dentro do prazo o tempo médio para a execução destes foi de 14 a 15 meses e dos que não atenderam o prazo uma média de 32 a 44 meses. O que coloca em questão as dificuldades encontradas pelos gestores municipais para o devido desenvolvimento dos projetos contratualizados no Programa com relação à condução de seus processos e a alimentação do sistema de monitoramento (SISMOB).

Observamos que, em algumas regiões, o percentual de conclusão das obras encontra-se muito baixo, o que pode ser resultado de problemas na condução do processo no nível local ou dificuldade em manter o SISMOB atualizado com informações necessárias para o repasse do recuso do Programa. Neste sentido, é preciso ir mais a fundo para reconhecer os fatores que dificultam a finalização da obra e, também, buscar reconhecer e estimular àqueles que agilizam esse processo (86).

Em estudo realizado em 2014 Cavalcanti (86) já apontava para um baixo percentual na conclusão das obras contratualizadas no programa e indica para a importância dos formuladores de políticas atentar para as barreiras encontradas pelos gestores municipais para concluir suas obras (86).

Os resultados orientam para um maior aprofundamento em estudos sobre os processos de gestão municipais. Tendo em vista a grande abrangência do programa e de seu financiamento e a baixa efetividade das propostas aprovadas. Tal problemática além de apresentar grandes proporções e implicarem diretamente na manutenção de um cenário bastante ruim do ponto de vista da infraestrutura física das unidades, o que influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado pelas equipes de saúde nela atuantes, não encontra a mesma dimensão nos estudos acadêmicos.

Frequentemente presente nos meios de comunicação a ineficiência do setor público em executar obras de infraestrutura encontra pouco amparo na literatura acadêmica. Assim como, compreendendo que as etapas de formulação, implementação e monitoramento devem

ser construídas em todas as esferas de gestão, mecanismos de enfrentamento a tais dificuldades encontradas pelos executores, os municípios, deveriam estar previstas na própria política a fim de garantir melhores resultados.

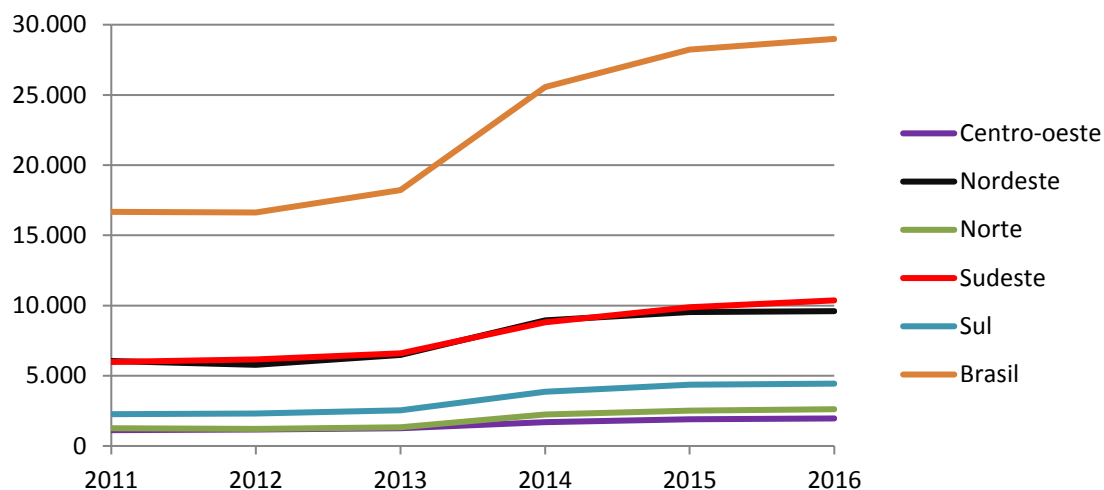
5.2.3. Programa Mais Médicos para o Brasil

Objetivando prover profissionais médicos para as equipes incompletas e promover a ampliação das EqSF o programa encontra dificuldade nos indicadores de cenário que possibilitem a real dimensão do problema. Tal questão implica diretamente na avaliação de desempenho dos municípios.

A recomposição de equipes incompletas apresenta médias percentuais elevadas em todas as regiões e faixas populacionais. No entanto a expansão das equipes não acompanham a mesma perspectiva. Excetuando a região Norte, que apresentava a menor cobertura no período de instituição do programa, todas as demais regiões apresentaram mais de 40% dos municípios que mantiveram a mesma cobertura e entre 20 e 40% dos municípios apresentaram cobertura de até 50% no número de suas equipes.

Ao analisar os recursos humanos do SUS disponibilizados pelo CNES identificamos que em julho de 2011 o país contava com 17.463 Médicos da estratégia de Saúde da Família e 30 Médicos de família e comunidade, em julho de 2013 tinha 17.717 médicos da estratégia de Saúde da Família e 186 médicos de família e comunidade e no mesmo período de 2016 eram 28.135 médicos da estratégia de Saúde da Família e 812 médicos de família e comunidade. Dados que tendem a reforçar as afirmações acima. Apresentando assim um crescimento proporcional superior ao do número de EqSF e próximo ao de profissionais do programa com registro provisório. Conforme pode ser observado no Gráfico 4.

Gráfico 4- Evolução do número de médicos da estratégia de Saúde da Família e de Medicina de Família e comunidade de 2011 a 2016, Brasil, 2017.



Fonte: MS/CNES/DATASUS, 2017.

Dados do estudo de demografia médica de 2015 apontam que 26,9% dos profissionais médicos atuam apenas no setor privado, 21,6% apenas no setor público e 51,4% atuam em ambos. Dos que atuam no setor público, 23,5% trabalham na Atenção Primária. Dos profissionais que atuam no setor público, 55,8% possuem mais de um vínculo e 59,2% destes apresentavam carga horária semanal superior a 40 horas (53). Isto posto, os dados acima apresentados tendem a confirmar a questão levantada e as afirmações dos órgãos de controle.

Ao analisar o quantitativo de equipes implantadas em 2015, dois anos após o PMM, com o número de profissionais providos pelo programa, observa-se que reafirma a questão apresentada acima, tendo em vista que o aumento do número de equipes no período foi de 5.502 e o programa alocou 11.429 profissionais médicos da cooperação com a OPAS e 1.537 profissionais intercambistas individuais de diversas nacionalidades (19), onde tais profissionais só tiveram sua atuação possível devido ao registro profissional específico do Programa, ou seja, não poderiam atuar no Brasil fora do Programa, por não terem diploma reconhecido (revalidado).

Assim, o número de equipes novas deveria apresentar-se maior ou indicaria uma grande substituição de profissionais contratados pelos municípios por profissionais do Programa, o que implicaria no questionamento da atuação dos órgãos de controle internos e externo do Estado, pois esta conduta é vedada pela legislação (20). Supõe-se que tal questão esteja relacionada à rotatividade dos profissionais médicos pelas equipes e na inserção de equipes incompletas, que apesar de não contar com dados oficiais, estima-se que eram cerca de 30% das EqSF (12).

Neste sentido fortalecer os mecanismos de monitoramento da formação e alocação da força de trabalho para a AB é tarefa fundamental para a real identificação da cobertura e da assistência dos serviços e ações de saúde prestados pelas EqSF.

5.3. Modelo analítico

5.3.1. Taxa de Mortes Evitáveis

Mesmo com um baixo percentual explicativo, o modelo apresentou resultados que possibilitam diversas interrogações sobre a relação das variáveis entre si, principalmente pela grande disparidade que apresentam entre as diferentes regiões e faixas populacionais do país, apontando maior explicação para algumas e menor para outras, mantendo, principalmente, discrepâncias entre as regiões Norte e Nordeste e a Sul e Sudeste. Em algumas regiões algumas variáveis se mostraram significativas e em outras regiões não, assim como apresentaram influências positivas e negativas na variável dependente.

O desempenho do PMM não apresentou significância em nenhuma região, nem em nenhuma faixa populacional. Como a base para a leitura da implantação das EqSF tem como fonte de informações as equipes informadas no CNES, a discussão apresentada na leitura do cenário sobre a cobertura da SF no período de intuição dos programas parece aqui estar

reforçada, pois há afirmativa de que há problemas nas informações contidas no CNES quanto à presença dos profissionais, e a base de informações para a leitura do desempenho do programa apresenta-se falha. E, com isso, dando a base de informações mínimas para a leitura da real assistência promovida pelo programa.

Compreende-se que com o advento de programas que visam intervir no acesso e na qualidade da AB espera-se que as taxas de mortes evitáveis reduzam ao longo do processo de implantação destes. No entanto, observa-se que apenas a variável evolução da cobertura para a região Nordeste e a cobertura do PMM na região Norte apresentaram-se dentro do esperado, enquanto que as demais variáveis com valor – P significantes, os coeficientes apresentaram-se em desacordo com o esperado com coeficientes positivos em distintas regiões.

Com relação às FP, as variáveis Evolução da cobertura, Cobertura do PMAQ AB e Cobertura do PMM se comportaram dentro da expectativa em diferentes faixas populacionais. O desempenho do PMM e do Requalifica UBS não apresentaram nenhuma significância em nenhuma das faixas e o Desempenho do PMAQ AB e do Requalifica UBS apresentaram coeficientes diferentemente do esperado.

Ao observar o comportamento da variável de confusão, taxa de pobreza, identifica-se que nas regiões Norte e Nordeste ela se apresenta significativa e influencia na redução das taxas de Mortes evitáveis nas regiões. No entanto, na região Sul a mesma apresenta influência no aumento da taxa e nas regiões Centro-Oeste e Sudeste a mesma não demonstrou significância. Por faixa populacional, a variável se apresenta significativa em cinco das sete faixas e em todas apresentou influência na redução das taxas.

Já a variável Instalações Sanitárias apresentou-se significativa apenas nas regiões Nordeste e Sudeste, com influência para a redução das taxas. No entanto, para as FP a mesma só não se apresenta significativa para os municípios de menor e de maior porte populacional. Nos demais demonstrou coeficiente para redução das taxas.

Assim, aponta-se que as intervenções, por si só, não apresentam, de forma isolada, impacto positivo na redução das taxas de mortes evitáveis, tendo em vista que se movimentam de maneira muito distinta dentre as regiões e FP.

Este resultado coloca em questão que outras variáveis associadas ou não a estas podem justificar a variedade de influência das mesmas na variável dependente, como a fragmentação das ações e serviços de saúde, a priorização, por parte dos profissionais e serviços, das ações curativas e condições agudas, com enfoque no modelo biomédico (60). Assim, lacunas assistenciais, insuficiência do financiamento público, distribuição inadequada dos serviços de saúde, precarização do trabalho e carência por profissionais são obstáculos para concretizar a ESF (60).

A disposição dos serviços de saúde dos demais níveis de atenção, seu comportamento com a rede e a disputa dos modelos de atenção à saúde competem com o papel da AB e dificultam o pleno desenvolvimento de suas ações e o seu papel como porta de entrada e orientadora da rede assistencial (82) (84).

Tendo em vista a concepção de que a situação de saúde dos indivíduos e dos coletivos é um reflexo das relações sociais, o modelo vem a reforçar tal afirmativa quando aponta que as variáveis de confusão apresentaram maior influência no modelo que as demais variáveis. O aumento das taxas de mortes por causas externas pode apresentar o fenômeno da violência, crescente no país e no mundo, como um grande desafio para os sistemas de saúde e com grande impacto na AB por exemplo (68).

Assim, a tipologia das causas de mortes evitáveis pode contribuir para a identificação de fatores de risco para sua ocorrência as marcantes diferenças regionais e sociais que se expressam em diferentes níveis de mortalidade evitável (68). O indicador pode sofrer influências positivas pela intervenção da Atenção Básica em algumas tipologias, mas também

podem não influenciar ou influenciar pouco em outras. Como também tais tipologias podem se apresentar de formas distintas por gênero, por exemplo (68).

A violência talvez seja um bom elemento de análise para buscar uma explicação para esta questão, tendo em vista que esta compreende um fenômeno histórico, pluricausal, com diferentes tipologias, sendo simples associá-la aos fundamentos das relações sociais, mas difícil de determinação de suas causas e emissão de um juízo de valor sobre seu sentido e o papel do Estado no seu enfrentamento. Não sendo, em si, um objeto próprio do setor saúde, adentra a este pelo que provoca na qualidade de vida das pessoas e por atingir temas referentes ao conceito ampliado de saúde. Assim, é, para além de um problema intelectual, uma questão de práxis sociopolítica que afeta o setor saúde, tornando-se, assim, um grande desafio para as ações e os serviços de saúde (90).

O papel dos determinantes sociais em saúde no comportamento da taxa pode ser reforçado, neste estudo, pelo comportamento apresentado nos *clusters* de análise para as variáveis explicativas, que implicaram em maior explicabilidade no modelo.

5.3.2. Percentual de ICSAP

Ao ser aplicado o modelo com variável dependente o percentual de ICSAP, observou-se que o mesmo apresentou baixo percentual de explicação. No entanto, as variáveis independentes se comportaram de forma distinta para cada região. Em algumas regiões algumas variáveis se mostraram significativas e em outras regiões não, assim como apresentaram influências positivas e negativas na variável dependente, abrindo, assim, possibilidades de análises do papel destas na variável dependente e refletir sobre a baixa explicação do modelo.

O fato da região Nordeste apresentar a maior cobertura de SF, a baixa relação médico/habitante (19) e haver questionamentos sobre a real composição destas equipes por órgão de controle pode ser reforçada com o resultado apresentado (79), tendo em vista que a

maior cobertura de SF com equipes incompletas de profissionais médicos com o aumento de cobertura do PMM nos municípios podendo promover uma melhor composição e organização destas podem apresentar melhores desempenhos na redução do indicador aqui analisado.

Considerando que a hipótese para o estudo apontava que as variáveis independentes influenciavam na redução do percentual de ICSAP, apenas a variável Cobertura do Requalifica UBS na região Norte, a cobertura do PMAQ AB no Sudeste e a cobertura do PMM no Nordeste corroboraram com a hipótese. Sendo que o Desempenho do Requalifica UBS se mostrou significativamente para a região Norte e Centro-oeste, mas apresentando uma relação proporcional com o aumento do percentual de ICSAP, contrariando a hipótese e as demais variáveis não se mostraram significativas para nenhuma região.

De modo geral, observa-se a influência de outras variáveis não constantes no modelo, pois para além da significância das variáveis se comportarem de forma distinta entre as regiões e faixas populacionais também apresentaram influências distintas para as mesmas, em que para algumas regiões influem na redução e em outras, no aumento. Tais influências externas a este estudo podem estar relacionadas a diversos fatores, dentre eles a fatores socioeconômicos.

Neste sentido, a variável de confusão reforça tal hipótese, tendo em vista que a taxa de pobreza apresentou significância para quatro das cinco regiões de saúde e apontou para o aumento do percentual de ICSAP diretamente relacionado ao aumento do percentual da população com renda menor que meio salário mínimo. E todas as faixas populacionais, excetuando as dos perfis com população acima de 100.000 habitantes, para todas as faixas com valor – P significativo, o aumento do percentual da população com renda menor que meio salário mínimo implica em redução das internações por causas sensíveis.

As instalações sanitárias também apresentaram bastante significância no estudo, sendo significativa em três das cinco regiões e apontando relação direta de proporcionalidade

no crescimento desta com o aumento do percentual de ICSAP nas regiões Norte e Nordeste e inversamente proporcional no Sudeste.

Excetuando os municípios de menor e de maior porte populacional, a variável demonstrou-se significativa e com relação inversamente proporcional da redução do percentual de internações por causas sensíveis. Neste sentido, aponta-se para a existência de variáveis de contexto que implicam direta e indiretamente na redução ou não dos percentuais de internações por causas sensíveis, sendo necessária a ampliação do estudo com outras variáveis no intuito de identificar quais destas apresentam maior relevância para a variável dependente.

Estudos recentes apontam para resultados distintos dos esperados neste estudo. Alguns apontam que as ICSAP são independentes da cobertura da AB, outros apontaram para o aumento delas quando da presença de rede hospitalar mesmo com AB estruturada, chamando a atenção que esta pode estar mais relacionada com a oferta hospitalar implantada e as inadequações do sistema do que com as necessidades de saúde. Assim, fatores socioeconômicos, idades, comorbidades e a variabilidade nos critérios clínicos e nas políticas de admissão hospitalares para internação influenciam nas taxas de internações e que, mesmo com limitações, pode haver a existência de uma lista restrita de ICSAP com qualidade para monitoramento pelo sistema de saúde (85).

O uso das ICSAP para avaliar a qualidade da AB carece de maior estudo sobre o método e objetivos para tal, em que algumas causas parecem ser mais significativas com as ações dos serviços de saúde e outras, uma maior relação com elementos de contexto. Observou-se, neste estudo, que devido à grande diversidade socioeconômica e cultural, de distribuição de profissionais e serviços, a análise por região aponta para importantes reflexões, mas as faixas populacionais se mostraram bastante relevantes, tendo em vista que dentro das regiões, e mesmo dos estados, os municípios apresentam grandes diferenças entre si (91).

É importante ressaltar que o papel do modo de vida da população, do acesso a políticas públicas das mais diversas áreas e da conformação da rede assistencial à saúde nos municípios tem impacto direta e indiretamente no risco de internar por CSAP (64). Neste sentido, torna-se fundamental a associação de variáveis de contexto a variáveis explicativas de intervenções na atenção básica para uma metodologia consistente de análise, assim como para estratificar as intervenções, o contexto e as causas para uma melhor modelagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de ações, programas e sistemas de saúde mostra-se, ao longo do tempo, um grande e necessário desafio para os gestores de todas as esferas de governo. Sua complexidade está diretamente relacionada à complexidade que tem o tema saúde, tendo em vista que a mesma possui determinantes e condicionantes que apresentam grande dificuldade de mensuração de seus efeitos.

Adicionalmente, há dificuldade de estabelecer parâmetros temporais para a análise do impacto dos programas. Esta dificuldade amplia a complexidade da discussão, tendo em vista a estrutura do Estado federal brasileiro, em que a construção das políticas ocorre, em sua grande maioria, no âmbito da União, sendo os estados e municípios os principais implementadores desses programas. No entanto, cada ente federado tem seu tempo de desenvolvimento e conta com maiores e menores barreiras, a depender de seu porte populacional, disposição territorial, capacidade de arrecadação própria, dentre outras.

A discussão de acesso necessita ser ampliada e a criação de novos e consistentes indicadores de acesso precisa ser concluída, tendo em vista que a cobertura de EqSF, a partir de profissionais cadastrados no CNES, possui limitações.

Cabe, assim, refletir que para além dos desafios metodológicos impostos pela complexidade de avaliação de programas e sistemas de saúde, seus indicadores e a confiabilidade dos dados fornecidos pelos sistemas de informação oficiais são centrais para avançarmos na avaliação em saúde, sendo necessária a revisão do papel do CNES nestes e a criação de mecanismos que possibilitem maior fidedignidade nos dados. A criação de uma relação dos dados de cadastro com os dados de produção poderia ser uma saída plausível para tal.

Dentre os desafios de fortalecimento da AB o PMM cumpre um importante papel com o provimento de profissionais nas equipes de saúde da família brasileira enfrentando um problema histórico do SUS que é a provisão imediata de médicos. Sendo fundamental o seu fortalecimento até a consolidação das demais estratégias de médio e longo cumprirem seus objetivos. Assim como apresenta a necessidade do fortalecimento e criação de instrumentos de monitoramento dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, em especial da atenção básica e medidas de atração e fixação de profissionais na saúde da família.

Assim como o PMAQ AB, com a mudança na metodologia de financiamento da AB, demonstra potencial para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços e das ações de saúde desenvolvidas nas equipes de AB. No entanto é necessário ampliar a discussão sobre a sua interface de implantação a nível local e as barreiras por estes encontradas para poder possibilitar os avanços possíveis.

O Requalifica UBS, que representa o maior programa de investimento em infraestrutura física da história da AB, mas que tem encontrados grandes barreiras para cumprir seu papel potencial de reestruturar as UBS brasileiras, nas etapas sob a responsabilidade dos municípios. Gerando grande morosidade na efetividade de seus objetivos e na qualificação da infraestrutura das unidades e com isso na assistência nelas prestadas.

De modo geral é fundamental o investimento em políticas de fortalecimento da administração pública da saúde, incorporando tecnologias, revisando marcos normativos e capacitando os gestores locais quanto aos seus princípios e procedimentos.

As ICSAP e as taxas de mortes por causas evitáveis mostram-se importantes indicadores para a avaliação do acesso e da qualidade da AB, tendo em vista serem utilizados em diversos países, terem como base o processo de investigação e formulação teórica densa e ser de fácil acesso de obtenção. No entanto, o método e a avaliação das variáveis a serem a eles

associados se faz de extrema importância, principalmente pela influência que as relações sociais exercem sobre elas.

Indicadores de outras políticas públicas devem estar em associação direta às avaliações, compreendendo-os como importantes variáveis de contexto que se relacionam, com o padrão de vida das pessoas e comunidades.

O processo de avaliar deve adentrar o processo da gestão municipal, sendo este um importante elemento de gestão que sirva como base para a construção de planejamentos que dialoguem com a realidade da situação de saúde de seu público-alvo e colocando os gestores em posição de reais protagonistas no desenvolvimento da política de saúde do território em que são responsáveis sanitários legais, saindo da posição de meros executores de programas verticais.

É fundamental a inclusão do fortalecimento das gestões municipais em saúde no âmbito das formulações de políticas e programas de saúde. Assim como a construção de uma política específica para o fortalecimento da gestão da AB, que vise ampliar a capacidade de gestão destas para implantação de políticas de qualificação e fortalecimento da mesma, possibilitando, assim, que esta cumpra sua função na reorientação do modelo de atenção. Neste processo, todos os atores devem ser incluídos, garantindo espaços democráticos de diálogo e construção interfederativa.

A AB brasileira ainda está aquém do seu papel de reorientar o modelo de atenção à saúde do SUS. No entanto, vem demonstrando importante crescimento neste sentido. A partir das intervenções aqui estudadas fica clara a necessidade de fortalecimento da implementação destas, com o objetivo de qualificar a assistência ofertada a partir da qualificação dos recursos físicos e humanos da AB, com foco na organização do processo de trabalho a partir de uma visão ampliada sobre o conceito de saúde.

A construção do SUS e da AB no Brasil nasce a partir de premissas democráticas e estas devem permear todos os processos de construção e consolidação do SUS. Tal questão deve ser sempre evidenciada e reforçada, principalmente pelo atual processo de ruptura da ordem democrática do país, colocando como chefe do Poder Executivo Federal o representante de um projeto para o SUS que não foi aprovado dentro dos processos democráticos construídos pelo povo brasileiro.

Neste sentido, fortalecer os processos democráticos e democratizantes do SUS é a perspectiva que se apresenta para evitar retrocessos na construção da AB, sendo os municípios os principais agentes na implementação das políticas de saúde e tendo em vista o porte da descentralização desta. Estes são atores centrais para a consolidação da AB e do SUS.

Por fim, afirma-se aqui que sem democracia não há perspectivas positivas para a consolidação da AB e do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Lima LD de, Oliveira RG de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2002;7(3):493–507. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%5Cn/csc/v7n3/13027.pdf>
2. Souza C. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Rev Sociol e Política*. 2005;(24):105–21.
3. Saldanha AC. Estado Federal e Descentralização: uma visão crítica do federalismo brasileiro. *Seqüência Estudos Jurídicos e Políticos* [Internet]. 2009;30(59):327–60. Available from: <http://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2009v30n59p327>
4. Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados*. 2010;53(3):587–620.
5. Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. *Gestão Pública e Relação Público Priv na Saúde dos*. 2011;24–47.
6. Oliveira MHCB. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In: Pierantoni CR; Vianna CMM, editores. *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: Segrekar; 2003. p. 59–92.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Imprensa Nacional. 1988. 1-139 p. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
8. Teixeira CF, Souza LEPPF, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121–37.
9. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à Saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*. 2012;22(2):477–506.
10. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007;21(2):164–76. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>
11. Mendes E. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Publica do Ceará; 2002. 89 p.
12. Giovanella L, Mendonça MHM de, Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(9):2697–708. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902697&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

13. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
14. Magalhães Junior HM. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Rev Divulg em Saúde para Debate*. 2014;51:14–29.
15. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*. 19 jul 2011.
16. Pinto HA, Sousa A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. 2011;6(2):2014.
17. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*. 14 set 2011.
18. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 21 out 2011.
19. Brasil. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros [Internet]. Ministério da Saúde. 2015. 128 p. Available from: http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf
20. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 out 2013.
21. Castro D. Programa de Requalificação UBS [Internet]. [cited 2016 Feb 19]. Available from: <http://pt.slideshare.net/comunidadepraticas/apresentao-requalifi-ca-ubs-diego-castro>
22. Ministério da Saúde (MS). Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): resultados da avaliação [Internet]. [cited 2015 Apr 8]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM.
23. Ministério da Saúde (MS). Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Internet]. [cited 2016 Feb 19]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
24. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):547–59.

25. Salgado VAB. Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização. Campinas, SP: Saberes Editora; 2012. 22-23 p.
26. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set1990.
27. Brasil. Lei 8.142, 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. 31 dez 1990.
28. Berreta IQ, Lacerda JT de, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 2011;27(11):2143–54. Available from:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2011001100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2011001100008%5Cnhttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2011001100008)
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2011001100008
29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015. (Para Entender a Gestão do SUS)
30. Magalhães Junior HM. Administração na área de saúde: uma perspectiva para gestores municipais. In: Ministério da Saúde (MS), editor. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 17–24.
31. Santos L. Administração pública e a gestão da saúde. In: Santos NR, Amarante P, editores. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2011. p. 68–86.
32. Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária a Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2012. p. 493–546.
33. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Soc [Internet]. 2011;20(4):867–74. Available from:
<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29723>
34. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
35. Matta GC, Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo A, editores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 43 – 67.
36. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. Rev APS [Internet]. 2009;12(2):204–13. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307>
37. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção

- Básica e a Estratégia de Saúde da Família. 2002;1–14. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=511623&indexSearch=ID>.
38. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Declaração de Alma Ata. Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: URSS; 1979. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf
 39. Gomes K de O, Cotta RMM, Araújo MAR, Cherchiglia ML, Martins T de CP. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc.saúde coletiva* [Internet]. 2011;16:881–92. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020
 40. Campos, GWS Pereira Junior N. Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;2655–63.
 41. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL PR. Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Zulmira, editores. *Avaliação conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 45–60.
 42. Mendes J, Silva D, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2011;9(1):95–108.
 43. Almeida PF de, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1727–42.
 44. Ministério da Saúde (MS). *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.
 45. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2004;3(3):317–21. Available from:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=388829&indexSearch=ID>
 46. Ministério da Saúde. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 3-110 p.
 47. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Rev Saúde Debate*. 2014;358–72.
 48. Moura BLA, Cunha RC Da, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(Supl. 1):69–81.

49. Soares Neto JJ, Machado MH, Alves CB. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(9):2709–18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902709&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
50. Vieira R da S, Servo LMS. Escassez de Médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos. Brasília: IPEA; 2014.
51. Girardi SN, Stralen AC de SV, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EDO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciencia E Saúde Coletiva*. 2016;(9):2673–82.
52. Carvalho CL, Farah JM, Araújo JF, Maas LW Der, Campos LAB de. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: EPSMS; 2010. 71 p.
53. Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil [Internet]. 2015;(1):9-283. Available from: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov20153.pdf>
54. López-Valcárcel B, Pérez P, Vega R. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: projeções para 2020 . *Rev Soc Bras Med* [Internet]. 2011;1–123. Available from: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>
55. Sanchez RM, Ciconelli M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.
56. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc aúde coletiva* [Internet]. 2012;17(11):2865–75. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002
57. Consenza G. Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde. *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2003.
58. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. CD53/5, Rev 2. Washington, D.C: OPAS; 2014.
59. Travassos C. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]2004;20(suppl.2):190–8.
60. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP Da, Campos GWDS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuarios. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014;38(special):252–64. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S019>
61. Feitosa, MMF Paulino, AA Lima Junior, JOS Oliveira, KKD Freitas, RJM Dilva W. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Sociedade* [Internet]. 2016;25(3):821–9.

62. Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad saude publica* [Internet]. 2009;25(6):1337–49.
63. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2010;19(1):1–15. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=.pf
64. Souza L De, Deininger C, Dayana K, Lucena T de, Pereira JR. Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2015;9(1):228–36.
65. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 17 abr 2008.
66. Carvalho AI de. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz, editor. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 19–38.
67. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet*. 2007;12(3):765–76.
68. Abreu DMX de, César CC, França EB. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(5):282–91.
69. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MADS, Neto OLDM, Moura L de, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serviços Saúde* [Internet]. 2007;16(4):233–44. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000200010&lng=pt&nrm=isso
70. Malta DC, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Nota técnica]. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(2):173–6.
71. Ministério da Saúde (MS). Manual Operacional da Segunda Etapa da Fase 2 do PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família Adesão e Contratualização Estadual ao Saúde Mais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 22 p.
72. Ministério da Saúde (MS). Portaria 339 de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Diário Oficial da União*. 04 mar 2013.
73. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 340 de 4 de março de 2013. Redefine o

- Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União. 05 mar 2013.
74. Ministério da Saúde (MS) Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1369/MS/MEC de 8 de julho de 2013. Ministério da Saúde (MS) Ministério da Educação, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 75. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implementação de Programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. 132 p.
 76. Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad Saude Publica. 1996;12(2):267–70.
 77. Santos AMA dos, Jacinto P de A, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. Estudos Econômicos (São Paulo) [Internet]. 2011;42(2):229–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 78. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Ministério da Saúde. 2016 [cited 2016 Sep 20]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
 79. Tribunal de contas da União. Relatório sistêmico de fiscalização de saúde. Brasília: TCU; 2012.
 80. Tribuna de Contas da União. Relatório sistêmico de fiscalização de saúde. [Internet]. Brasília: Brasil; 2014. Available from: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A2561DF3F50156BDC27F4942F6&inline=1>
 81. Tribunal de Contas do Estado Pará. Relatório de auditoria operacional saúde - atenção básica. Belém: Tribunal de Contas do Estado do Pará; 2014.
 82. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiológico do Sus [Internet]. 1998;(7):7–28. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 83. Júnior AG da S, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e Perspectivas. In: Modelos de atenção e a saúde da família [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27–41. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>
 84. Fertonani HP, Pires DEP De, Biff D, Scherer MDDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cien Saude Colet [Internet]. 2015;20(6):1869–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 85. Cruz LSDR. Políticas Sociais. Brasília: IPEA; 2010.

86. Cavalcanti PC da S. Atenção básica no Brasil: desafios e iniciativas para qualificação. UNB; 2014.
87. Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila, Lima LD de, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(4):1055–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=pt&tlng=pt
88. José J, Pereira S. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde : atenção básica à saúde Recent changes of the Brazilian Public Health System federal financing : primary health. 2007;7(4):495–502.
89. Marques RM. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2003;8(2):403–15.
90. Minayo MC de S. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005;29(1):55–63.
91. Moura BLA, Cunha RC Da, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010;10(Supl. 1):83–91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/08.pdf>

Anexo A - Lista de Causas de Mortes Evitáveis

Lista de causas de mortes evitáveis em maiores de cinco até 75 anos de idade

1. Causas evitáveis

1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção

Tuberculose (A15 a A19; B90) Tétano obstétrico (A34) Outros tipos de tétano (A35) Difteria (A36) Coqueluche (A37) Poliomielite aguda (A80) Sarampo (B05) Rubéola (B06) Hepatite B (B16) Meningite por *Haemophilus* (G00.0)

1.2 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas

Doenças diarreicas (A00 a A09) HIV/aids (B20 a B24) Hepatites (B15 a B19, exceto B16) Sífilis, gonorréia e outras doenças sexualmente transmissíveis (A50 a A59; A63 a A64; N70 a N735; N73.8 a N73.9; N75; N76) Outras infecções (A23 a A26; A28 a A32; A38; A39; A40; A41; A46; A69.2; J020; J030; B50 a B54; G00.1 a G00.9; G01) Febre reumática e doença reumática aguda (I00 a I09) Infecções respiratórias, incluindo pneumonia e influenza (J00; J01; J02.8; J02.9; J03.8; J03.9; J04; J05; J06.0; J10 a J22) Infecções músculo-esqueléticas (L02 a L08) Outras doenças de notificação compulsória: peste (A20); tularemia (A21); carbúnculo (A22); leptospirose (A27); hanseníase (A30); febre maculosa; (A77); raiva (A82); dengue (A90); febre do Nilo (A92.3); febre amarela (A95); hantavirose (A98.5); varíola (B03); leishmaniose (B55); Chagas aguda (B57.0; B57.1); e esquistossomose (B65) Infecção do trato urinário (N39.0)

1.3 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis

Doença de Chagas (B57.2) Neoplasia maligna do lábio, melanoma e outros de pele (C00; C43 a C44) Neoplasia maligna primária do fígado (C22) Neoplasia maligna do estômago (C16) Neoplasia maligna do colo-retal (C18 a C21) Neoplasia maligna da boca, faringe e laringe (C01 a C06; C09; C10; C12 a C14; C32) Neoplasia maligna do esôfago (C15) Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmão (C33; C34) Neoplasia maligna de mama (C50) Neoplasia maligna do colo de útero (C53 a C55) Neoplasia maligna do testículo (C62) Neoplasia maligna da tireóide (C73) Doença de Hodgkin (C81) Leucemia linfóide (C91) Tireotoxicose, hipotireoidismo e deficiência de iodo (E01 a E05) Hipotireoidismo congênito, transtornos adrenogenitais congênitos por deficiência enzimática, fenicetonúria clássica, galactosemia (E00; E25.0; E70.0; E74.2) Diabetes (E10 a E14) Deficiências nutricionais e anemias carenciais (E40 a E46; E50 a E64; D50 a D53) Desidratação (E86) Psicose alcoólica e outros transtornos derivados do álcool (F10; I426; K292; K70) Varizes esofageanas (I85) Epilepsia (G40; G41) Doença hipertensiva (I10 a I13) Doença isquêmica do coração (I20 a I25) Aterosclerose (I70) Insuficiência cardíaca (I50) Hemorragia intracerebral ou oclusão (I61; I630 a I635; I638; I639; I64 a I66) Bronquite crônica e enfizema (J40 a J43) Asma (J45 a J46) Úlcera gástrica e duodenal (K25 a K28) Apendicite (K35) Doenças pulmonares devidas a agentes externos (J60 a J70) Obstrução intestinal e hérnia (K40 a K46; K56) Transtornos da vesícula biliar (K80 a K83) Insuficiência renal crônica (N18)

1.4 Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna

Complicações da gravidez, parto e puerpério (O00 a O02; O03 a O26; O29 a O99)

1.5 Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências)

Acidentes de trânsito/transporte (V01 a V89) Afogamento (W65 a W74) Exposição ao fogo (X00 a X09) Intoxicações (X40 a X49) Suicídio (X60 a X84) Homicídios (X85 a Y09) Lesões de intenção indeterminada (Y10 a Y34) Quedas acidentais (W00 a W19) Condições iatrogênicas (Y60 a Y69; Y83 a Y84).

2. Causas mal-definidas

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95)

3. Demais causas (não claramente evitáveis)

As demais causas de morte

Anexo B - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	

9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat.periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0