Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

LUCAS MAIA DOS SANTOS

FATORES DETERMINANTES DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PEQUENOS MUNICÍPIOS: UMA CONSTRUÇÃO MICROINSTITUCIONAL

BELO HORIZONTE
MINAS GERAIS - BRASIL
DEZEMBRO DE 2015

LUCAS MAIA DOS SANTOS

FATORES DETERMINANTES DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PEQUENOS MUNICÍPIOS: UMA CONSTRUÇÃO MICROINSTITUCIONAL

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração.

Área de Concentração: Finanças, no campo temático: Gestão e Finanças Públicas

Orientador: Prof. Márcio Augusto Gonçalves, Ph.d.

BELO HORIZONTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEZEMBRO 2015

Ficha Catalográfica

Santos, Lucas Mais dos.
S237f Fatores determinantes da alocação de recursos na atenção
2015 primária à saúde de pequenos municípios [manuscrito] : uma construção microinstitucional / Lucas Maia dos Santos. – 2015.
167 f. : il., gráfs. e tabs.

Orientador: Márcio Augusto Gonçalves.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f. 146 -155) e anexos.

1. Saúde pública – Minas Gerais – Teses. 2. Políticas públicas – Minas Gerais – Teses. I. Gonçalves, Márcio Augusto. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 614.98151

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – NMM105/2015

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO do Senhor **LUCAS MAIA DOS SANTOS**, REGISTRO Nº 157/2015. No dia 11 de dezembro de 2015, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 11 de novembro de 2015, para julgar o trabalho final intitulado **"Fatores Determinantes da Alocação de Recursos na Atenção Primária à Saúde de Pequenos Municípios Mineiros: uma construção microinstitucional"**, requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Finanças**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Marcio Augusto Gonçalves, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVAÇÃO;

( ) APROVAÇÃO CONDICIONADA À SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

( ) REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2015.

NOMES	ASSINATURAS
Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)	.....
Prof. Dr. Bruno Pérez Ferreira (CEPEAD/UFMG)	.....
Prof. Dr. Plinio Rafael Reis Monteiro (CEPEAD/UFMG)	.....
Prof. Dr. Benny Kramer Costa (Universidade Nove de Julho/ SP)	.....
Prof. Dr. Tristão Sócrates Baptista Cavalcante (Universidade Federal do Amazonas/ AM)	.....
Prof. Dr. Ronaldo Darwich Camilo (Universidade FUMEC/ MG)	.....

AGRADECIMENTOS

Durante os quatro anos do doutorado, inúmeras pessoas contribuíram para a construção desta tese. Infelizmente, serei injusto por não conseguir mencionar todas àquelas, não por esquecimento ou descaso, mas por não poder me estender demais.

A toda a minha família, em especial, à minha mãe Alice, ao meu Pai Jorge e à minha irmã, Isabel, por sempre estarem cuidando de mim. Também à minha irmã, Isabel, por ter compartilhado comigo seus conhecimentos de profissional da Enfermagem.

Ao meu orientador, Márcio Augusto Gonçalves, por acreditar em meu trabalho e por ter contribuído profundamente para minha carreira profissional nos últimos seis anos, desde o mestrado.

Ao CEPEAD/UFMG e a seus servidores, por oferecem toda a estrutura para o desenvolvimento de minha dissertação e de minha tese.

Aos professores Bruno Perez e Plínio Monteiro do CEPEAD/UFMG, Benny Kramer da Universidade Nove de Julho/SP, Tristão Cavalcante da Universidade Federal do Amazonas e professor Ronaldo Camilo da FUMEC/MG que compuseram a banca examinadora e deram excelentes contribuições à versão final da tese.

Ao Instituto Federal de Minas Gerais e ao seu Campus Sabará, por concederem a licença de 18 meses para finalização da tese. Em especial, à Diretora Geral Wanderci Bitencourt pelo apoio profissional durante este período. Aos colegas de trabalho do IFMG, por me motivarem e, durante o período de licença, demonstrarem aguardar o meu retorno.

À *School of Public Affair and Administration* (SPAA), da *Rutgers University*, de *New Jersey*, EUA, e a CAPES, pela oportunidade de realizar os 12 meses de doutorado sanduíche. Em especial, ao *Dean* Marc Holzer, por me convidar; à Dra. Cleopatra Charles, por me supervisionar; e à Melissa Rivera pelo apoio administrativo. Ao Professor Marco Aurélio e ao Professor Edmilson Torisu, por arranjarem minha moradia. Ao Dr. Arthur Powell, pelas lições de língua inglesa e por tantas orientações úteis para a tese, principalmente sobre métodos qualitativos. Ao Dr. Qiushi Wang pelas lições sobre métodos quantitativos.

Ao Heitor, à Carol e sua a família, por toda amizade e carinho durante nossa convivência nos EUA. À Soraia, Junior, Hanna, Fabiano, Nilson, Muteb, Rogério, Alessandro, Javier, Alex e Xu Cheng por me fazerem companhia nos EUA. Ao Marcelino e Aline por cuidarem da minha casa em Sabará, enquanto estava fora do país.

Àqueles que trabalharam comigo em atividades de ensino, pesquisa ou extensão: Evandro, Caio, Márcia Alemão, Márcia Basílio, Ludmila, Glauce, Eliza, Raquel, Camila, Michelle e Flávio. Ao Evandro, Caio, Márcia Alemão e Glauce, por me ajudarem na revisão final da tese.

Aos gestores e profissionais de saúde da microrregião estudada que participaram da tese e que me ensinaram muito sobre o cotidiano do setor saúde.

Por fim, a todos que caminharam ao meu lado, mesmo que por poucos metros!

SANTOS, L.M. **Fatores Determinantes da Alocação de Recursos na Atenção Primária à Saúde de Pequenos Município: uma Construção Microinstitucional.** 2015. 167f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Dezembro, 2015.

RESUMO

As mais recentes políticas públicas de saúde têm colocado a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e como articuladora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), provocando alterações na alocação de recursos deste setor, inclusive, em pequenos municípios. A partir de uma perspectiva neoinstitucional, esta tese se propôs a responder a seguinte questão: Como os atores e as instituições em pequenos municípios, influenciam a alocação de recursos da APS? Constitui o objetivo da tese: Identificar e esclarecer os fatores determinantes da alocação de recursos na APS e suas interações, em pequenos municípios de Minas Gerais, a partir da perspectiva da Nova Teoria Institucional. Inicialmente, procedeu-se uma análise qualitativa em nove municípios de uma microrregião de saúde, a qual englobou onze grupos focais, seis entrevistas e dois questionários semiestruturados, contando com a participação de noventa e quatro profissionais e gestores de saúde. Foram adicionadas outras fontes de evidências, como observações não participantes, fotografias e documentos da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde. Com base na análise de conteúdo convencional, foram apresentadas oito categorias com a descrição de fenômenos que influenciam a alocação de recursos na APS, derivadas de processos cotidianos de interação entre população, profissionais e gestores de saúde. Constatou-se que muitas atividades da APS ainda estão em processo de legitimação, que dependem da validade de atores e instituições, em diferentes níveis institucionais. Entre os fenômenos observados nas categorias apresentadas destacam–se: intervenção de políticos, grupos profissionais, setor privado, capacidade de gestão logística e integração da RAS. Em outra etapa do estudo, foram aplicados 238 questionários estruturados a profissionais e gestores municipais de saúde da mesma microrregião. Pela técnica de análise fatorial exploratória, foram obtidos cinco fatores que apresentam a importância dos princípios e diretrizes da APS, da gestão, do planejamento, da capacitação, da avaliação e do controle dos recursos materiais e humanos. Adicionalmente, incorporou-se ao trabalho, um conjunto de painéis com efeitos fixos para verificar o impacto das despesas municipais com saúde, nos 853 municípios do Estado de Minas Gerais, entre 2004 a 2013. Estas análises foram divididas em duas seções. A primeira seção analisou o impacto das despesas com saúde dos municípios na variação das dimensões *estrutura*, *processos* e *resultados* da APS. A segunda compreendeu o

impacto das despesas municipais com saúde nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Os resultados mostraram que a alocação financeira de recursos municipais com saúde foi praticada em níveis crescentes, durante o período analisado, colocando o município como um dos entes federativos com maior responsabilidade sobre o atual sistema de saúde. Também, constatou-se que fatores socioeconômicos, saneamento básico e grupos de indivíduos específicos apresentaram maiores efeitos sobre as variáveis dependentes do que as despesas municipais com saúde. Os métodos aplicados nesta tese conduziram a uma convergência de resultados, propondo a existência de fatores em diferentes níveis institucionais, que influenciam a alocação de recursos na APS e a integralidade da RAS. Entre os principais fatores determinantes da alocação de recursos na APS destacam-se a influência das agências dos atores envolvidos, da trajetória hospitalar, da iniciativa privada, do corporativismo médico, da política, da capacidade de gestão municipal, da infraestrutura e de grupos de indivíduos específicos.

Palavras chaves: Saúde. Atenção Primária. Finanças públicas. Políticas públicas. Nova Teoria Institucional.

ABSTRACT

The latest public health policies have set Primary Health Care (PHC) as an entrance to health care network, causing changes in the allocation of resources in this sector, including in small municipalities. From a neoinstitucional perspective, this dissertation aims to answer the following question: how do actors and institutions influence the resource allocation of primary care in small municipalities? To answer this question, this study aimed to identify and understand determinants of primary care allocation of resources and their interactions, in small municipalities of Minas Gerais, from the perspective of New Institutional Theory. First, this study performed a qualitative analysis in nine municipalities from a micro-region of health in Minas Gerais State. This analysis included eleven focus groups, six interviews and two semi-structured questionnaires, including ninety-four professionals and health managers. To substantiate these analyzes, this study added other sources of evidence such as non-participant observations, photographs and documents from Secretary State of Health of Minas Gerais and from Ministry of Health. Through conventional content analysis, eight categories showed important phenomena that influence the allocation of resources in primary care of these municipalities, all derived from daily processes of interaction among population, health professionals and managers. Some activities of PHC are still in the legitimation process that depends on the validity of actors and institutions at different institutional levels. The main phenomena observed in the presented categories were the intervention of politicians, professional groups and the private sector, as well as logistics management and health network integration. Moreover, this study carried out 238 (two hundred thirty eight) structured questionnaires to professionals and local health managers in the same micro-region. By the technique of exploratory factor analysis, this study found five factors that underlined the importance of the principles and guidelines of PHC, management, planning, training, evaluation and control of material and human resources. In addition, this study incorporated a set of fixed effect panels to understand impacts of municipal spending on health in 853 (eight hundred fifty three) municipalities in the state of Minas Gerais from 2004 to 2013. Two chapters explain the health spending analyses. The first one examined the impact of health expenditure on the variation of structure, processes and results of PHC and the second one examined the impact on ambulatory care sensitive conditions (ACSC). Results showed that government has increased financial allocation of municipal resources in health care during the reporting period, placing municipalities as one of entities with greater responsibility for the health system. In

addition, results show that socioeconomic factors, sanitation and specific groups of individuals had greater effects than those found for municipal health expenses. In conclusion, the methods applied in this dissertation led to a convergence of results, suggesting the existence of factors at different institutional levels, which influence the allocation of resources in PHC and, consequently, influence the development of the entire health network in Minas Gerais. Among the main resource allocation determinants of PHC, this study highlights the agencies of embedded actors, hospital history, private sector, medical corporatism, politics, municipal management, infrastructure and sanitation.

Key words: Primary Health Care. Public Finance. Public policy. New Institutional Theory**.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A estrutura da tese e as relações entre os capítulos 24
Figura 2 - Desenho geral da abordagem da pesquisa 63
Figura 3 – Simplificação da combinação sequencial de métodos da tese 64
Figura 4 – Modelo hipotético para avaliação da *estrutura*, *processos* e *resultados* da APS.. 115
Figura 5 - Despesas com ASPS financiadas por recursos próprios – ano base 2004, descapitalizadas pelo INPC 119
Figura 6 – Fatores determinantes da alocação de recursos na APS de pequenos municípios 144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Base de cálculo e aplicação mínima dos estados na saúde 33
Quadro 2 - Base de cálculo e aplicação mínima dos municípios na saúde 34
Quadro 3 – Dimensões do desempenho na gestão pública 53
Quadro 4 - Características das medidas de desempenho para diferentes propósitos 55
Quadro 5 – Portarias e resoluções utilizadas na análise de conteúdo 67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Área e população estimada 66
Tabela 2 – Informações sobre a coleta de dados primários: grupos focais, entrevistas e questionários semiestruturados 69
Tabela 3 – Fator 1 – Princípios e diretrizes da APS 105
Tabela 4 – Fator 2 – Recursos materiais 106
Tabela 5 – Fator 3 – Avaliação e controle 107
Tabela 6 – Fator 4 – Recursos humanos 108
Tabela 7 – Fator 5 – Gestão e planejamento 109
Tabela 8 – Tipos de profissionais participantes das entrevistas e questionário 110
Tabela 9 – Escolaridade dos participantes 110
Tabela 10 – Tipo de vínculo de trabalho 111
Tabela 11 – Frequência de respondentes por município 111
Tabela 12 – Variáveis inseridas na avaliação da estrutura, processos e resultado da APS 117
Tabela 13 - Coeficientes das regressões da dimensão *estrutura* 120
Tabela 14 – Coeficientes das regressões da dimensão *processos* 121
Tabela 15 – Coeficientes da dimensão *resultados* 123
Tabela 16 – Estatísticas descritivas das variáveis do estudo (continua) 124
Tabela 17 – Derivadas e elasticidades dos coeficientes da Equação 3 133
Tabela 18 – Estatísticas descritivas das variáveis da Equação 3 134
Tabela 19 – Derivadas e elasticidade da interação da despesa com APS e variáveis binárias do período anterior e posterior à PNAB de 2006 e 2011 135

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
eSF – Equipes de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ICSAP- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso à Atenção Básica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
PROVAB –Programa de Ampliação do Acesso à Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

1.1 Tema de pesquisa 17

1.2 Problema de pesquisa 18

1.3 Justificativa 20

1.4 Objetivo geral 22

1.5 Objetivos específicos 22

1.6 A estrutura da tese 22

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA 25

2.1 O novo institucionalismo, níveis institucionais e o setor saúde 25

2.2 Saúde Pública no Brasil e seu financiamento 31

2.3 Atenção à saúde 35

2.4 A Atenção Primária à Saúde, políticas públicas e as internações por condições sensíveis à Atenção Primária 37

2.5 A alocação de recursos na saúde e o caso dos pequenos munícipios 44

2.6 Avaliação das políticas públicas em saúde 51

2.7 Avaliações econômicas em saúde 56

2.8 Suposições filosóficas 60

3 CARACTERÍSTICAS E DESENHO GERAL DA TESE 63

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 65

4.1 Fatores determinantes da alocação de recursos nos pequenos municípios – parte I 65

4.1.1 Métodos da análise qualitativa na microrregião de saúde 65

4.1.2 Resultados da análise qualitativa na microrregião de saúde 70

4.1.3 Discussão da análise qualitativa na microrregião de saúde 101

4.2 Fatores determinantes na alocação de recursos nos pequenos municípios - parte II 103

4.2.1 Métodos da análise quantitativa na microrregião de saúde 103

4.2.2 Resultados da análise quantitativa na microrregião de saúde 104

4.2.3 Discussão da análise quantitativa na microrregião de saúde 111

4.3 As despesas municipais em saúde impactam a Atenção Primária à Saúde dos municípios mineiros? 112
4.3.1 Métodos da análise do impacto das despesas municipais de saúde sobre estrutura, processos e resultados da APS 114
4.3.2 Resultados da análise do impacto das despesas municipais de saúde sobre *a estrutura, processos e resultados* da APS 118
4.3.3 Discussão da análise do impacto das despesas municipais de saúde sobre estrutura, processos e resultados da APS 126
4.4 As despesas municipais em saúde impactam as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária? 128
4.4.1 Métodos da análise do impacto das despesas municipais nas ICSAP 129
4.4.2 Resultados da análise do impacto das despesas municipais nas ICSAP 131
4.4.3 Discussão da análise do impacto das despesas municipais nas ICSAP 136
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 139

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo inicia-se com a apresentação do tema desta pesquisa que é a gestão da Atenção Primária à Saúde no contexto da estratégia de reorganização das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em seguida, apresenta-se o problema de pesquisa da tese que é baseado em quatro argumentos a serem explicados. Logo após, apresenta-se a justificativa do estudo e os objetivos gerais e específicos. Finaliza-se este capítulo com a apresentação da estrutura geral da tese.

1.1 Tema de pesquisa

A Atenção Primária à Saúde (APS) está em destaque nos debates sobre a organização do sistema de saúde, principalmente, após a década de 2000. Pode ser descrita como uma forma de organização que busca, entre alguns propósitos: resolutividade, integralidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), equidade, empoderamento do indivíduo, mobilização social, prevenção de complicações e promoção da saúde (Billings *et al.*, 1996; Caminal *et al.*, 2004; Alfradique *et al.*, 2009; Cardoso *et al.*, 2013; Carvalho *et al.*, 2013; Mendes, 2015).

A APS busca amenizar a complexidade da RAS, mediante as atividades de promoção e prevenção relacionadas à saúde, cuidando do indivíduo com integralidade, de um modo apropriado e equitativo (Ozcan; Smith, 1998; Carvalho *et al.*, 2013; Medeiros, 2013). Essa forma de organização salienta, por meio de políticas públicas, como a Política Nacional da Atenção Básica, a importância do completo ambiente das comunidades locais e encaixa-se com setores como educação, transporte, cultura e outros sociais que, historicamente, não eram vistos como complementares para a entrega da saúde (Thunhurst, 2012; Mendes, 2012; 2015).

A APS propõe uma atuação nos níveis local e regional, por meio de equipes multidisciplinares, com a articulação e integração de indivíduos e das ações coletivas, para promover a saúde pessoal, com resposta focada na necessidade da comunidade e na promoção da participação integral como um direito (Caminal *et al.*, 2004; Fuente *et al.*, 2006; Mendes, 2012; Nunes *et al.*, 2012; Pinto *et al.*, 2012; Carvalho *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2013).

A descentralização e a regionalização da saúde promovidas pela APS aumentaram a responsabilidade dos municípios na gestão e execução de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), em especial, daqueles de pequeno porte, tendo em vista que no Brasil mais de 70% deles possuem até 20 mil habitantes (IBGE, 2011; Campos *et al.*, 2013; Medeiros, 2013).

Essa responsabilidade foi sendo consolidada, desde 1994, com o Programa de Saúde da Família. Em 2006, o Governo Federal instituiu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB),

por intermédio da portaria 648/GM do Ministério da Saúde, buscando fortalecer este nível de atenção. Em 2011, esta política foi reformulada, apontando para a redefinição de princípios, responsabilidades e financiamento.

A PNAB e outras políticas correlatas, como o Programa Saúde na Escola (Decreto Presidencial 6.286, de 5 de dezembro de 2007), a Política de Promoção da Saúde (Portaria 687, de 30 de março de 2006) e as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010) têm organizado processos políticos e administrativos de resolução de problemas no sistema público de saúde, com o propósito de direcionar a APS como centro de referência da rede, integrada com outros aparelhos sociais.

O foco sobre a Atenção Primária à Saúde como estratégia para coordenar as Redes de Atenção à Saúde está relacionado com o dilema enfrentado pelo Estado de ter que oferecer um sistema público de saúde universal que tenha viabilidade financeira. Está em voga a perspectiva de que o aumento absoluto de investimentos na saúde não seja a solução mais viável para a resolução dos problemas encontrados no setor e, por isso, as análises sobre a relação entre repasses e aplicação de recursos tem ganhado destaque nos estudos de Gestão e Saúde.

1.2 Problema de pesquisa

A organização do sistema de saúde, tendo a APS como porta de entrada e como articuladora da RAS, tem provocado alterações na alocação de recursos de um modelo que foi, historicamente, focado no atendimento hospitalar e no tratamento de doenças. A partir deste ponto, considera-se a alocação de recursos como a organização ou gestão de recursos humanos, físicos, financeiros ou qualquer outro que seja imprescindível para a existência e o funcionamento de instituições na APS, incluindo a forma como estes recursos são distribuídos e aplicados (Fos; Zúniga, 1999; Mendes *et al.*, 2011; Casnasciali; Bulgacov, 2014).

O modelo tradicionalmente centrado em hospitais, ainda coexistente com a atual organização da RAS (Menicucci, 2003; Mendes, 2012; 2015), esteve associado à escassez de acesso, aspecto agravado nos pequenos municípios, pela dificuldade de desenvolver um sistema hospitalar integral, de captar e financiar recursos humanos e dificuldade de ter acesso aos municípios com estrutura hospitalar mais desenvolvida (Campos *et al.*, 2013; Medeiros, 2013; Ohira *et al.*, 2014).

Diante da possibilidade de uma mudança estrutural, centrada na APS, quatro pontos embasam a pluralidade do problema de pesquisa deste estudo. Primeiro, o sistema de saúde brasileiro possui uma trajetória com foco em: demanda espontânea, produção de serviços e assistência ambulatorial e hospitalar (Menicucci, 2003; Mendes *et al.*, 2011). Este modelo coexiste

com políticas públicas de APS que focam recursos na prevenção e promoção, com equidade e na integralidade da rede (Segall, 1983; Zielinski *et al.*, 2009; Ong *et al.*, 2012, Mendes, 2012; 2015). Segundo lugar, a implantação da APS, a partir do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, esteve atrelada às regulamentações que condicionam repasses financeiros ao nível de produção de serviços pelo município, com reduzidas políticas de incentivo à promoção e prevenção (Castro; Machado, 2010; 2012; Mendes *et al.*, 2011). Terceiro, a descentralização tem colocado os municípios como principais responsáveis pelas gestão e execução de parte significativa dos recursos financeiros das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), tornando-os protagonistas nas RAS (Campos *et al.*, 2013; Medeiros, 2013; Ohira *et al.*, 2014; Mendes, 2015). A maior parte destes municípios enquadra-se na categoria de pequeno porte, com limitação histórica de acesso aos serviços de saúde, carentes de estrutura para o planejamento e a gestão (IBGE, 2011, Uchoa *et al.*, 2011; Medeiros, 2013; Pinto; Gerhardt, 2013; Ohira *et al.*, 2014; Santos; Rodrigues, 2014). Quarto, existe uma prevalência de literatura acadêmica sobre análises econômicas de saúde (Castro; Machado, 2010; Ong *et al.*, 2012; Edwards *et al.*, 2013), sobre o impacto da estrutura de governança nos resultados do sistema (Carvalho *et al.*, 2013) e sobre o determinismo linear da alocação de recursos (Castro; Machado, 2010; Mendes *et al.*, 2011).

A partir dos quatro pontos mencionados, destaca-se que a reorganização da RAS a partir da APS tem provocado alterações ainda pouco discutidas sobre os fatores que influenciam a alocação de recursos em saúde dos municípios, em especial, os de pequeno porte, em função do contexto histórico da saúde no País (Menicucci, 2003) e das próprias peculiaridades destes municípios (Campos *et al.*, 2013; Medeiros, 2013; Pinto; Gerhardt, 2013; Carvalho *et al.*, 2014; Gerigk; Pessali, 2014; Ohira *et al.*, 2014; Santos; Rodrigues, 2014). Estes municípios, que historicamente, foram os executores das demandas do estado e do Ministério da Saúde, têm sido, nos últimos dez anos, os principais planejadores e gestores de uma rede complexa regional infiltrada por instituições e atores, pouco conhecidos na área de Administração.

Destaca-se, também, a carência de estudos que complementem a hegemonia das análises econômicas, lineares e determinísticas na área de Gestão, por meio de outras perspectivas de análise. Apesar da importância dos estudos citados, pode-se considerar que os estudos sobre os fatores determinantes da alocação de recursos na saúde ou, mais especificamente, na APS compartilham de um vazio institucional (Hartz, 1997). Nesta linha, não é suficiente apenas preocupar-se com a viabilidade econômica ou com o aumento de recursos financeiros investidos em APS, sem considerar os aspectos que interferem na distribuição equitativa local, tendo em vista que desconsiderá-los seria manter inequidades com mais recursos disponíveis (Hartz, 1997; Mendes, 2015).

Na problemática proposta, a Nova Teoria Institucional (DiMaggio; Powell, 1983; Powell; DiMaggio, 1991; Scott; Christensen, 1995) colabora com o preenchimento deste "vazio institucional" (Hartz, 1997), ao dar suporte teórico para que as organizações sejam compreendidas como instituições infiltradas em uma variedade de influências que partem de diferentes esferas da sociedade, como as influências políticas, culturais e econômicas (Scott; Christensen, 1995; Alburquerque, 2002; Pereira, 2012; Senge, 2013).

Há carência de análise sobre a gestão de recursos na saúde que considere a relação entre microprocessos e macroprocessos, como partes que têm identidades próprias ou comuns. Este procedimento permite uma ruptura, na medida em que obriga a fusão de análises via leis de determinação com leis de interação entre um objeto e seu ambiente ou a relação entre o todo e o agente humano.

Outro ponto importante é que a APS na Saúde Pública é formada por um ambiente amplamente regulamentado, que inclui a participação de diversos atores em níveis institucionais distintos. Desde a Constituição de 1988 – por meio de uma perspectiva macroinstitucional -, diversas leis e políticas públicas buscam normatizar os processos dentro do sistema e a forma como os recursos financeiros públicos são alocados. Porém, as agências provocadas por diferentes atores e instituições – em uma perspectiva microinstitucional - divergem o que foi regulamentado do que foi realmente alcançado na Saúde Pública. Assim, a reorganização do modelo de atenção à saúde tem impactado diversas instituições que formam o sistema de saúde brasileiro, levando em consideração que mudanças institucionais (Barley, 2011; Bitektine; Haack, 2015) são motivadas por diversas relações entre atores (microinstituições) e estruturas (macroinstituições).

Com base na abordagem teórica neoinstitucional, este estudo propõe-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: Quais os fatores determinantes da alocação de recursos na APS de pequenos municípios e como se caracterizam suas presenças e interações em diferentes níveis institucionais, a partir da abordagem da Nova Teoria Institucional?

A questão proposta busca preencher uma lacuna no conhecimento sobre os determinantes da alocação de recursos na APS, a partir de uma perspectiva mais ampla do que a econômica, considerando a perspectiva neoinstitucional que permite a análise de fenômenos simbólicos, sociais e culturais.

1.3 Justificativa

Comparando aleatoriamente outros resultados no setor saúde, observam-se algumas diferenças entre países. Em 2013, a expectativa de vida no Brasil foi de 75 anos, conta 76 na

Argentina, 80 no Chile, 75 na China, 78 na Colômbia, 78 em Cuba, 80 na Dinamarca, 81 na Finlândia, 82 na França, 81 na Alemanha, 75 no México, 81 na Holanda, 81 na Noruega, 75 no Paraguai, 77 no Peru e 77 no Uruguai. A mortalidade por causas definidas foi de 93 por 100 mil habitantes no Brasil contra, 69 na Argentina, 14 na Austrália, 41 na China, 33 em Cuba, 29 na Dinamarca, 9 na Finlândia, 21 na França, 58 no México, 26 na Holanda, 77 no Paraguai, 19 na Suécia e 46 no Uruguai. Sem a intenção de generalizar todo o setor, estes números dão indícios, juntamente com outros que compõem as estatísticas mundiais de saúde, que os resultados obtidos com a alocação de recursos não é uma questão puramente econômica e determinística, tendo em vista que o Brasil vem obtendo alguns resultados aquém de alguns países, inclusive aqueles que possuem proporções similares no investimento em saúde (*World Health Organization*, 2015).

Infere-se que existem fatores sociais implícitos (Mendes, 2015) a serem acrescentados ao conhecimento da alocação de recursos na APS de pequenos municípios brasileiros. Baseando-se no que foi escrito até o momento, assim como na escassez de estudos não lineares, não econômicos e não determinísticos sobre a alocação de recursos na APS. Constatou-se que também existe uma escassez de estudos que focam em processos em detrimento de resultados.

Segall (1983) afirma que a alocação de recursos na APS envolve a realocação de recursos já existentes e a alocação de novos recursos. Isso provoca um imenso processo de redistribuição de pessoas, materiais, dinheiro, tecnologias, conhecimento etc. Assim, não é suficiente apenas aumentar os recursos financeiros investidos em APS sem considerar os aspectos que interferem na distribuição equitativa local. Essa é uma das justificativas para que este estudo esteja focado nos processos a partir do ponto de vista de atores que estão imersos no ambiente microinstitucional.

Neste estudo, o conceito de saúde também se vê modificado para o conceito de um processo de aprendizagem por meio de condições atuais e anteriores (Hartz, 1997; Menicucci, 2003). A abordagem deste trabalho também leva em conta as intencionalidades humanas e suas interações. A necessidade de considerá-las exige uma multiplicidade de abordagens metodológicas para compreender os fenômenos em sua complexidade (Hartz, 1997).

Apesar da regulamentação estatal sobre a alocação de recursos na APS, a teoria institucional aborda os atores com suas agências que podem influenciar o modo como essas regras são compreendidas e aplicadas (Saravanan, 2015) e como consequência, geram trajetórias distintas em ambientes distintos. Levando em consideração que as regras institucionais afetam o desempenho das estruturas organizacionais (DiMaggio; Powell, 1983), este estudo buscará compreender como os atores nos pequenos municípios influenciam o processo de alocação de recursos na APS.

Com base em uma abordagem neoinstitucional, considera-se que o desempenho econômico, político ou social de uma organização é determinando por uma diversidade de níveis

institucionais. No entanto, percebe-se uma concentração de estudos que focam na avaliação de desempenho da APS por meio de uma perspectiva macroinstitucional, da estrutura sobre a agência, principalmente, da análise de dados econômicos, financeiros e indicadores de saúde (Fuente *et al.*, 2006; Ong *et al.*, 2012; Carvalho *et al.*, 2013; Edwards *et al.*, 2013). Ainda são poucos os estudos que analisam, a partir de uma perspectiva microinstitucional, a interação de instituições dentro da APS que podem influenciar o desempenho esperado pela sociedade na Saúde Pública.

A predominância da "perspectiva *black-box*" no campo da Administração abre espaço para outros tipos de pesquisa que analisam processos institucionais. A análise baseada em diferentes perspectivas possibilitou mostrar como o processo de alocação é percebido internamente, podendo dar voz aos diferentes atores para considerar que mesmo em um ambiente regulamentado existem agências com processos legitimados que podem influenciar outros níveis institucionais (Lant e Baum, 1995; Kirschbaum, 2010; Barley, 2011).

1.4 Objetivo geral

Delimitar os fatores determinantes da alocação de recursos na Atenção Primária à Saúde de pequenos municípios e suas interações, pela abordagem da Nova Teoria Institucional.

1.5 Objetivos específicos

Mais especificamente, este estudo pretende alcançar os seguintes objetivos:

- Analisar os fatores determinantes da alocação de recursos na Atenção Primária à Saúde por uma perspectiva microinstitucional
- Identificar os principais atores e instituições envolvidos na alocação de recursos na Atenção Primária à Saúde em pequenos municípios.

1.6 A estrutura da tese

Esta tese compõe-se de cinco capítulos, incluindo esta Introdução. No segundo capítulo aborda-se a teoria utilizada no estudo e a revisão de literatura. Apresenta-se a Nova Teoria Institucional, com as ideias dos principais autores que contribuirão, direta e indiretamente, para as análises empíricas deste estudo. Além de ser uma escola ampla, ela possui diferentes abordagens

teóricas e empíricas e nem todas serão aplicadas neste estudo. A revisão de literatura expõe os assuntos estado da arte das políticas públicas de saúde, APS, alocação de recursos, avaliação de desempenho e avaliação econômica em saúde, os quais são importantes para contextuar as análises empreendidas em outros capítulos.

O conhecimento em Ciências Sociais Aplicadas, especificamente na Administração, pode ser interpretado a partir de diferentes paradigmas (visões de mundo). Por isso, o capítulo 2 também apresenta as suposições filosóficas adotadas neste estudo e explicita as posições ontológicas, epistemológicas, axiológicas e metodológicas do autor.

No terceiro capítulo explica-se a abordagem de métodos mistos utilizada para agrupar as fontes de evidências empíricas desta tese. Em seguida, descreve-se o desenho geral deste estudo e explicita-se como ele está metodologicamente construído.

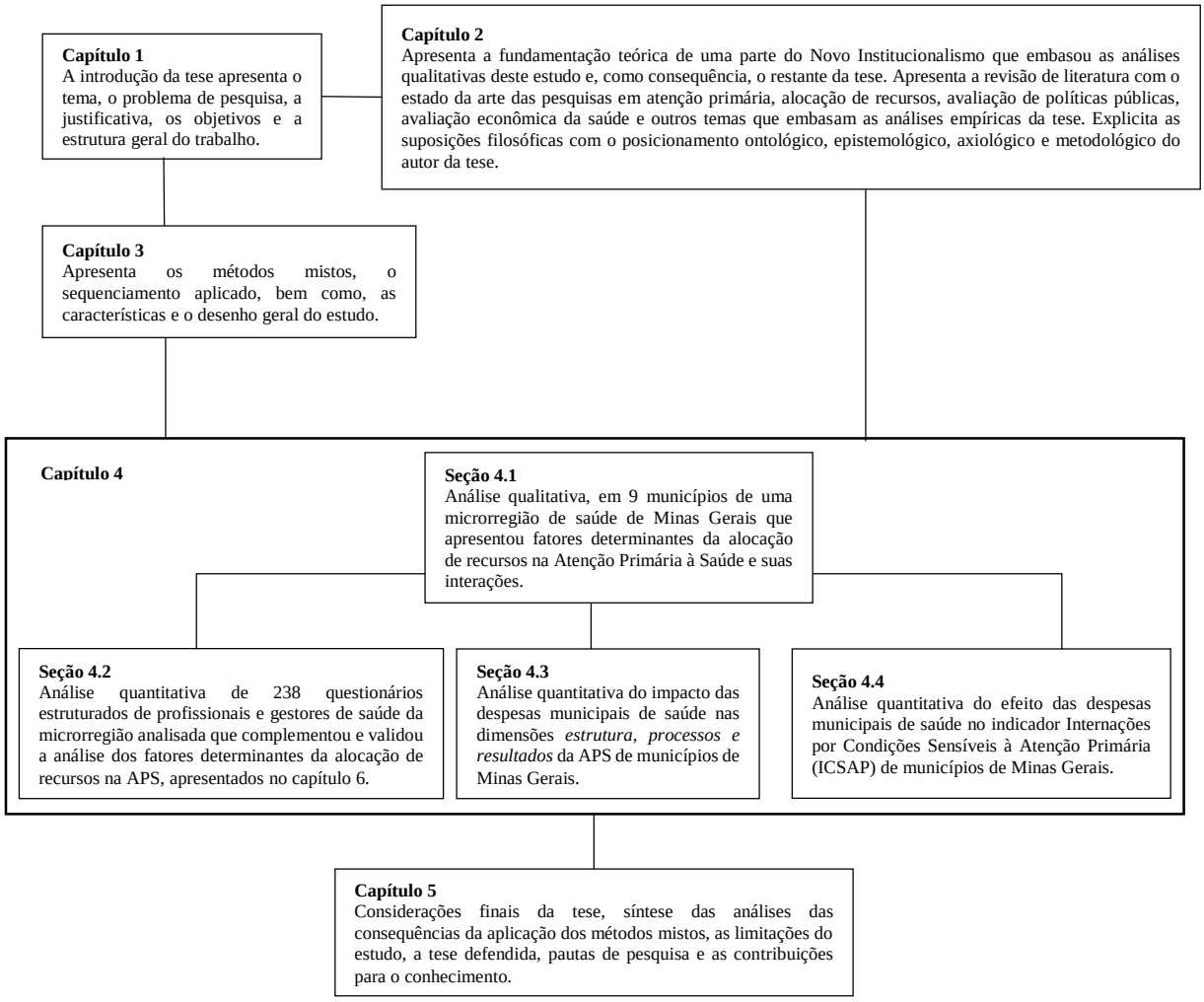
No quarto capítulo, apresentam-se quatro seções que expõem a análise dos resultados desta tese. Na seção 4.1 analisam-se os áudios decorrentes de grupos focais e das entrevistas, os questionários semiestruturados com profissionais da APS e gestores da saúde municipal, as fotografias da estrutura das UBS, os relatórios de observação não participante das visitas *in loco* e algumas regulamentações da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES) e do Ministério da Saúde. Na seção 4.2, analisam-se 238 questionários estruturados em escala intervalar de 5 pontos aplicados aos profissionais da APS e gestores municipais da saúde municipal em oito municípios da microrregião analisada. O questionário foi elaborado de acordo com instrumentos validados do Ministério da Saúde de avaliação da APS.

Na seção 4.3, analisa-se o impacto das despesas municipais de saúde em indicadores que representam as dimensões *estrutura*, *processos* e *resultados* da APS, seguindo a proposição de Donabedian (Donabedian, 1988; 1990 Mendes, 2015). Na seção 4.4 há uma análise do impacto destas despesas nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), por ser este um dos principais indicadores de avaliação da eficácia da APS (Elias; Magajewski, 2008; Fontenelle, 2011).

No quinto capítulo explicam-se as sínteses dos conhecimentos obtidos a partir do uso do sequenciamento de métodos mistos, destacam-se as principais limitações do estudo, resumem-se as análises que conduziram à tese defendida, apresentam-se as contribuições ao conhecimento para a área de Administração e as propostas de agendas de pesquisa.

A Figura 1 resume os capítulos desta tese e suas principais interações.

Figura 1 – A estrutura da tese e as relações entre os capítulos



Fonte: Elaborado pelo autor

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é composto por oito partes que apresentam o estado da arte da teoria e a literatura utilizada neste estudo. Iniciou-se com a abordagem da Nova Teoria Institucional que será o referencial teórico sob o qual as análises serão realizadas. Destaca-se a teoria de níveis institucionais de legitimação que tem sido um dos tópicos emergentes nas discussões da Nova Teoria Institucional. As partes 2.2 até 2.7 compõem a literatura que sustenta as discussões propostas no trabalho. A parte 2.8 apresenta as suposições filosóficas que descrevem a visão de mundo utilizada pelo autor e explica os paradigmas predominantes da tese.

2.1 O novo institucionalismo, níveis institucionais e o setor saúde

As instituições estão presentes em diversos espaços sociais e são parte estruturante da vida do indivíduo e da sociedade. Consistem em estruturas e atividades normativas e regulativas que proporcionam estabilidade e significado à conduta social. São componentes essenciais da sociedade moderna. Por isso, entendê-las é interessante para o conhecimento do humano, organizacional e social. Institucionalização é o processo pelo qual comportamentos e formas socialmente apropriadas tornam-se regras aceitas (Scott; Christensen, 1995; Alburquerque, 2002).

A análise institucional é tão antiga quanto o estudo dos fatos sociais de Durkheim (Giddens, 1984; Powell; Dimaggio, 1991; Scott; Christensen, 1995). O institucionalismo representa uma abordagem distinta para o estudo dos fenômenos social, econômico e político. Institucionalistas variam em sua ênfase relativa sobre características micro e macro, na ponderação de aspectos cognitivos, normativos, regulativos e na importância de interesses, redes relacionais, criação e difusão de instituições (Powell; Dimaggio, 1991; Alburquerque, 2002).

A teoria institucional alerta sobre a importância dos contextos social e cultural para as formas organizacionais (Scott; Christensen, 1995). Entre as décadas de 1970 e 1990 os estudos organizacionais presenciaram à sucessão de perspectivas teóricas sobre outros aspectos das organizações. Apesar de estas teorias enfatizarem que as organizações são sistemas abertos, apenas a teoria institucional destaca a importância do ambiente social amplo e do ambiente cultural como a base em que as organizações estão enraizadas (Scott; Christensen, 1995).

Assumir uma perspectiva institucional também é enfatizar a importância de elementos psicológicos, sociais e políticos no estudo dos fenômenos sociais e organizacionais. Em contraste com a maior parte das perspectivas anteriores, que enfatizavam a importância das forças materiais, como tecnologia, recursos e sistemas de produção, os institucionalistas chamam atenção para o

papel das forças ideacionais, ou seja, sistemas de conhecimentos, crenças e regras na estrutura e operações das organizações. Muita da estabilidade e ordem que é associada ao mundo das organizações é vista como o fluxo da existência de sistemas de crenças e estruturas regulatórias, ambas formais e informais (Powell; Dimaggio, 1991).

Muitos dos trabalhos sobre teoria institucional têm enfatizado as fundações macrossociológicas da institucionalização. A maioria dos institucionalistas prefere focar na estrutura dos ambientes, dos efeitos macro para micro e na autonomia analítica das macroestruturas. Existe carência na literatura para o papel que microprocessos exercem em modificar ou influenciar os fenômenos microinstitucionais (Lant; Baum, 1995; Kirschbaum, 2010; Barley, 2011)

O novo institucionalismo aborda que os ambientes político e cultural, assim como o papel das comunidades, são negligenciados pelas perspectivas econômicas (Scott; Christensen, 1995; Senge, 2013). Outras perspectivas focaram em organizações com fins lucrativos que compreendiam o ambiente como um ambiente de recursos e negligenciavam o ambiente social mais amplo, ou seja, as esferas políticas e culturais (Macfarlane *et al*., 2013; Senge, 2013).

O novo institucionalismo pode ser compreendido como uma crítica implícita à linha econômica e como uma reação à ideia de que as organizações podem ser adequadamente explicadas unicamente por meio de variáveis econômicas e tecnológicas. Essa escola demonstra que organizações econômicas são orientadas tanto para o ambiente dos recursos e para ambientes culturais e políticos quanto para outras influências institucionais, como as profissões, o mundo simbólico e o mundo político (Macfarlane *et al*., 2013; Senge, 2013).

O novo institucionalismo não é uma corrente de pensamento homogênea. A literatura busca classificá-la em algumas diferentes correntes de pensamento: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico. Todas elas analisam o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos como reação contra as perspectivas funcionalistas influentes nos anos de 1960 e 1970 (Scott; Christensen, 1995; Alburquerque, 2002; Hall; Taylor, 2003).

Estas três escolas costumam conceituar a relação entre instituições e comportamento individual, geralmente, com uma visão do ambiente macroinstitucional para o ambiente microinstitucional. Elas enfatizam as assimetrias de poder associadas às instituições e privilegiam as trajetórias, as situações críticas e as consequências imprevistas. Enfim, é primordial considerar que as ações de indivíduos e coletividades influenciam as situações políticas (Alburquerque, 2002; Hall; Taylor, 2003; Pereira, 2012; Bitektine; Haack, 2015).

O institucionalismo histórico desenvolveu-se com uma visão de que certas instituições são tão inquestionáveis que não podem ser transformadas de um dia para o outro somente pela ação

individual. As ações individuais podem ser replicadas por diversos indivíduos ao longo do tempo até serem estabelecidas como visões de mundo. Outro ponto é que as instituições são dotadas de relações de poder assimétricas e o desenvolvimento histórico está imerso em uma trajetória que é dependente de caminhos já percorridos por estas instituições (Alburquerque, 2002; Hall; Taylor, 2003; Pereira, 2012).

O institucionalismo da escolha racional aborda a importância dos direitos de propriedade, das rendas e dos custos de transação no ambiente institucional. Postulam que atores compartilham um conjunto determinado de preferências estratégicas para tomar decisões, englobando um número significativo de cálculos. O comportamento de um ator pode ser determinado por cálculos estratégicos influenciado pela expectativa do comportamento provável de outros atores. Nesta perspectiva, a persistência das instituições pode estar baseada em acordos voluntários entre os envolvidos. A sobrevivência de uma instituição pode estar condicionada ao quanto de benefício ela oferece a um grupo de atores interessados em relação às outras instituições concorrentes (Alburquerque, 2002; Hall; Taylor, 2003).

O institucionalismo sociológico analisa as práticas associadas à cultura como uma alternativa à abordagem weberiana da racionalidade abstrata de meios e fins das estruturas burocráticas eficazes. Ele não rejeita o racionalismo individual, mas o confronta com a influência da objetividade socialmente construída sobre ações individuais. Enquanto os teóricos da escola da escolha racional analisam as ações individuais com o propósito de maximizar o bem estar material, os teóricos da escola do institucionalismo sociológico analisam indivíduos e organizações empenhados em exprimir suas identidades e significados socialmente construídos (DiMaggio; Powell, 1983; Scott; Christensen, 1995; Alburquerque, 2002; Hall; Taylor, 2003; Pereira, 2012; Bitektine; Haack, 2015; Saravanan, 2015).

Os teóricos do novo institucionalismo sociológico preocupam-se menos com a eficiência e a finalidade das instituições do que os teóricos da escolha racional e mais com legitimidade social que as práticas institucionais adquirem de seus adeptos. Na abordagem sociológica, é importante analisar o que confere legitimidade a certos arranjos institucionais em um ambiente cultural. Esta vertente também analisa o poder regulador do Estado moderno, a profissionalização dotada de autoridade cultural e os processos de discussão mais interpretativos entre os atores de determinada rede (Hall; Taylor, 2003; Barley, 2011; Jepperson; Meyer, 2011; Pereira, 2012; Bitektine; Haack, 2015; Saravan, 2015).

Por meio de uma análise micro institucional, a prevalência de incertezas no ambiente social demanda a gestão adaptativa de recursos, o que tem gerado grande interesse na compreensão do papel dos agentes na mudança institucional. Esta perspectiva ajuda a compreender a instituição, facilitando a emergência de agentes que questionam a lógica prescritiva por meio da formulação

de relações e redes, usando a consciência discursiva e prática para a mudança institucional desejada (Saravanan, 2015).

Um aspecto relevante da nova teoria institucional assegura que uma organização tende a mimetizar outras organizações do ambiente para reduzir incertezas (DiMaggio; Powell, 1983). Ao adotar estruturas para se conformar com requerimentos institucionais, a organização demonstra conformidade com normas sociais e, dessa forma, ganha legitimidade em suas operações. Legitimidade refere-se às ações da organização que são aceitáveis e aprovadas por atores internos e externos. Indica a propriedade da organização e integridade em seus negócios, fatores que a ajudam a obter recursos materiais de uma variedade de atores (Barley, 2011; Jepperson; Meyer, 2011; Bitektine; Haack, 2015).

DiMaggio e Powell (1983) indicam a existência de três tipos de mudanças isomórficas em instituições: o isomorfismo coercitivo, o isomorfismo mimético e o isomorfismo normativo. O isomorfismo coercitivo é resultado de pressões formais e informais e de influências políticas exercidas por organizações e pela sociedade em que as organizações atuam. O isomorfismo mimético é adotado como forma de legitimação para os agentes minimizarem suas incertezas a partir da imitação de outras organizações tidas como legítimas. Seu mecanismo se encontra no pilar cognitivo-cultural, tendo como base de legitimação a sustentação cultural e a noção do conceitualmente correto. O isomorfismo normativo está associado com a profissionalização. Fundamenta-se no fato de que as profissões, na busca de legitimação perante a sociedade, constroem uma base cognitiva comum, de forma a possuírem uma identidade em relação às outras profissões. Três fatores são importantes no processo de uniformização de conhecimentos e práticas, as quais são definidas segundo a formação acadêmica, as associações de classe e os processos de seleção de pessoal (DiMaggio; Powell, 1983).

Um desafio crítico para o novo institucionalismo é explicar as mudanças institucionais e distinguir entre seus mecanismos específicos. No institucionalismo histórico, mudanças são abordagens evolucionárias, vistas como transformações incrementais, extensões ou elaboração de lógicas estabelecidas e crises. A ordem institucional também é, algumas vezes, compreendida como um grupo de lógicas diferentes com diferentes origens temporais. Interações de diferentes ordens e encontros de diferentes processos podem resultar em maiores mudanças, e a noção de dependência de caminhos tem se tornado uma alternativa para explicar falhas no processo de mudança institucional (Menicucci, 2003; Sitek, 2010).

O novo institucionalismo analisa a adaptação e reconfiguração de instituições prévias, resultando em uma recombinação de sistemas. A dependência de trajetórias não pode ser determinada por um grupo de condições iniciais ou eventos a *priori*. Uma solução comumente usada consiste em referir à noção de choques exógenos que interrompem processos existentes e

abrem o sistema para uma reorganização radical. Na literatura orientada para o historicismo, o conceito de conjunturas críticas é frequentemente usado para este propósito. Ele aponta para períodos de mudança significativa, momento formativo ou janela histórica para o oportunismo, em que a conjuntura de várias forças políticas internas que individualmente não eram capazes de gerar uma mudança significante, pode fazer uma mudança radical possível (Menicucci, 2003; Sitek, 2010).

Para acomodar a possibilidade de mudança institucional, institucionalistas sociológicos e institucionalistas históricos enfraquecem suas visões sobre o determinismo dos efeitos institucionais. Os últimos começaram a enfatizar que os caminhos institucionais contêm ambiguidades, múltiplas camadas e lógicas competitivas que podem ser usadas por atores políticos como veículos para experimentação, conversão, recombinação e transformação (Menicucci, 2003; Sitek, 2010; Senge, 2013).

É importante notar que cada um dos processos isomórficos pode ser esperado acontecer na ausência de evidências sobre o aumento da eficiência organizacional interna. Nesta perspectiva, organizações podem ser recompensadas por serem similares a outras do seu campo. Esta similaridade facilita transações entre as organizações e ajuda-as na obtenção de legitimidade (DiMaggio; Powell, 1983)

A teoria institucional enfatiza a natureza sustentável das instituições: uma vez estabelecidas, elas tendem a durar. Velhas instituições declinam e novas são criadas por meio de esforços individuais e coletivos. A literatura sobre institucionalismo empreendedor tem explorado o modo como instituições, organizações e categorias ganham ou perdem sua legitimidade e como novas práticas e formas organizacionais são legitimadas e difundidas (DiMaggio; Powell, 1983). A validade é a parte da legitimidade que as organizações possuem, preservam e usam como ativos para facilitar a mobilização de recursos, para reduzir a resistência e assegurar a estabilidade dos laços econômicos e sociais. Instituições não são socialmente construídas apenas por ações, mas também por julgamentos legítimos. Baseando nos limites institucionais da gaiola de ferro de DiMaggio e Powell (1983), os julgamentos legítimos são aqueles expressos por atores que reforçam o consenso e contribuem para a perpetuação das instituições (Bitektine; Haack, 2015).

Uma das abordagens do novo institucionalismo compreende que o processo institucional é constituído por múltiplos níveis de análise. Os teóricos institucionalistas destacam que explorar microfundações das instituições implica uma conceituação de múltiplos níveis do processo institucional (Bitektine; Haack, 2015). A interação entre níveis institucionais tem recebido pouca atenção na pesquisa institucional. Porém, o processo de institucionalização, manutenção e ordem institucional não pode ser bem compreendido sem uma compreensão da comunicação e cognição de indivíduos do nível micro e interação entre indivíduos e o nível macro (Bitektine; Haack, 2015).

Sob condições de estabilidade, o processo de legitimidade é dominado por uma influência do macro para o micro institucional, que reforça a validade – a decisão legítima institucionalizada – e inibe o desenvolvimento de ações desviantes por indivíduos. De outro lado, em condições de mudança institucional, a validade é enfraquecida pela presença de decisões competitivas no nível micro institucional, provocando um modelamento da ordem social. A sociologia é parcialmente constituída por ideias de propriedades emergentes e níveis múltiplos de análise. Comportamentos individuais podem ser mecanismos de transformação, produzindo resultados sociais legitimados (Jepperson; Meyer, 2011; Bitektine; Haack, 2015).

Relações causais entre estruturas institucionais e históricas ocorrem, primeiramente, por meio de microprocessos; ou seja, por meio de situações similares em um grande número de indivíduos. Estes geram novas linhas de ação que juntos transformam a sociedade. Analisar os processos de linhas de ação é compreender diferentes agências entre os atores que com o tempo podem transformar a sociedade (Jepperson; Meyer, 2011).

As microfundações de processos coletivos não envolvem uma massa de indivíduos similares, operando como atores escolhidos, afetados pela situação, tomando novas ações e mudando a sociedade via algumas agregações ou assembleias. O processo coletivo é múltiplo e heterogêneo, já que instituições são reproduções complexas de regras, papéis, rotinas e significados. Puro atomismo ou puro holismo podem ser considerados ficções. Essa análise é importante, tendo em vista que tem se tornado visão de um mundo igual, livre, com indivíduos fazendo escolhas que modelam a economia global, política, sociedade e sistema cultural (Jepperson; Meyer, 2011).

A pouca atenção que teoristas institucionais têm dado à questão dos níveis de análise é particularmente importante, dado que as questões chave do institucionalismo – questões sobre fontes de estabilidade e mudança organizacional – são, essencialmente, questões de interações de níveis cruzados com o sistema social. Estes autores buscam desenvolver uma teoria com base em níveis múltiplos da legitimidade organizacional, um dos conceitos contemporâneos da teoria institucional (Senge, 2013; Bitektine; Haack, 2015).

Autores analisam com base em uma abordagem em níveis institucionais, como atores em um nível micro institucional são capazes de mudar instituições, apesar da gaiola de ferro de DiMaggio e Powell (1983), das normas institucionais e das crenças coletivas, e como a competição entre julgamentos em um ambiente institucional conduz a institucionalização de julgamentos, suprindo a legitimidade desviante e a estabilização da ordem institucional (Senge, 2013; Bitektine; Haack, 2015).

Diante dessa apresentação de alguns aspectos da teoria neoinstitucional, é possível afirmar que seu uso na Gestão da Saúde seria uma vantagem, por oferecer uma visão integrada de sistemas.

As abordagens da escolha racional, da sociologia e da história são particularmente úteis porque conduzem as análises além da arena política estreita e possibilita ver o processo no contexto da interdependência entre o Estado, das estruturas complexas de organizações e dos interesses humanos no âmbito do setor de saúde. O novo institucionalismo adiciona valor à compreensão de mudanças no sistema de saúde, tendo em vista que diferentes subsistemas institucionais e lógicas institucionais interagem neste setor (Sitek, 2010).

A abordagem da Nova Teoria Institucional apresenta vantagens para analisar a saúde pela possibilidade de enfatizar as regulações formais, informais, expectativas sociais e mecanismos cognitivos inseridos em seu ambiente institucional. Contra análises puramente reducionistas, é necessário considerar que as partes interagem entre si e possuem uma identidade própria ou comum. O institucionalismo nas abordagens do setor saúde permite a produção de análises em um processo de aprendizagem permanente, a partir de condições atuais e anteriores (Hartz, 1997).

Não é suficiente uma abordagem isolada de determinantes da saúde. Isso seria possível somente em um esquema linear de causalidade. É importante conhecer a multiplicidade destes determinantes em vários níveis de complexidade (Mendes, 2015). É importante levar em consideração as intencionalidades do ser humano enquanto ator e suas interações ambientais. Negligenciar esses fatores pode produzir resultados, provavelmente, pouco úteis para influenciar o comportamento organizacional. Como consequência, a necessidade de considerar a interdependência das variáveis, em sua inserção contextual, pode exigir uma multiplicidade de abordagens metodológicas (Hartz, 1997)

O sistema de saúde é um complexo campo organizacional, caracterizado por lógicas institucionais mutáveis e conflituosas. A análise do setor a partir de níveis institucionais é útil no momento em que se discutem tantas mudanças no setor: o financiamento do sistema, a transição do foco na doença para o foco no paciente, a prevenção e promoção, a equidade, a resolutividade e a integralidade das redes de atenção à saúde (Macfarlane *et al.*, 2013; Mendes, 2015).

2.2 Saúde Pública no Brasil e seu financiamento

Foi descrito no relatório de Brasil (2015) que o sistema de saúde brasileiro seguiu o conceito de seguro até 1988, em que apenas o indivíduo com vínculo direto e formal com processo econômico e com a produção de bens e serviços tinha acesso à cobertura do Estado. A Constituição de 1988 substituiu o conceito de cobertura ao contribuinte direto pelo conceito de seguridade social. A Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde foram reconhecidas como direitos, nos termos dos artigos 194 a 204 da Constituição.

As características de negociação e financiamento do SUS foram fortalecidas no início de 2006 com a aprovação do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Esta iniciativa representou o primeiro passo para mudar as relações entre a federação, os estados e os municípios na área da saúde. Ao contrário de regulações anteriores, que definam um modelo assistencial único e padronizado, os pactos visavam oferecer aos entes da federação a flexibilidade para desenvolver e organizar seu sistema de atenção à saúde conforme seu contexto. Eles especificavam as metas de desempenho para cada nível de governo e estipulavam as diretrizes para a regionalização dos serviços (Brasil, 2015a).

Apesar dos avanços obtidos nos últimos 25 anos, o país ainda ostenta um desempenho mediano em relação ao seu nível de gasto. A comparação entre nível de gasto e indicadores de saúde coloca o Brasil em um nível aquém de alguns países vizinhos na América Latina. Outros gastam menos e atingem indicadores de saúde iguais ou superiores ao Brasil (W*orld Bank*, 2015).

Ao contrário do que ocorre em outras áreas da economia, gastos elevados com saúde são, geralmente, vistos como um desvio de recursos escassos de outros setores. Além disso, avaliações de estudos internacionais sugerem que o aumento de gastos não implica necessariamente melhoria de resultados em saúde. A forma como os recursos são aplicados e utilizados se apresenta como a chave para entender a falta de correspondência entre os gastos e os resultados alcançados na saúde (*World Health Organization*, 2010; 2013).

Além das características populacionais e epidemiológicas, os sistemas de saúde e os serviços oferecidos variam de país para país ou, mesmo, entre diferentes regiões de um mesmo país. A variabilidade de características do sistema de saúde (público, privado e misto), a oferta e disponibilidade de serviços, o acesso da população e a disponibilidade ou não de medicamentos genéricos e práticas assistenciais, entre outros fatores, podem ser responsáveis por diferentes resultados nas análises econômicas que dificultam a pronta transferência ou aplicação destes a diferentes cenários (Brasil, 2008; Mathauer; Carrin, 2011).

Ao introduzir o conceito de seguridade social, a Constituição Federal buscou estabelecer as bases para financiar a seguridade como um todo, por meio de fontes de contribuições sociais. O art. 195 da Constituição Federal estabelece as contribuições sociais que são fontes de receita para o financiamento da Seguridade Social. Além das contribuições sociais, arrecadadas pelo governo federal, outros tributos e transferências estão definidos nos artigos 155 a 159 da Constituição.

Segundo o art. 196 da Constituição, Seção II, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Já o seu art. 198 considera que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma

rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III – participação da comunidade.

Quadro 1 - Base de cálculo e aplicação mínima dos estados na saúde

(+) I – Receita de Impostos
Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação – ITCD
Impostos s/ circulação de Mercadoria e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS.
Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores – IPVA
Imposto de Renda na Fonte – IRRF
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos.
Dívida Ativa dos Impostos
Multas, Juros de Mora e Outras Encargos da Dúvida Ativa
(+) II - Receitas Transferências Constitucionais e Legais
Cota-Parte FPE
Cota Parte IPI-Exportação
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
Desoneração ICMS (LC 87/96)
(-) Transferências Constitucionais e Legais às Municípios (III)
ICMS (25%)
IPVA (50%)
IPI – Exportação (25%)
(=) IV - Total da Base de Cálculo Estadual (IV=I+II-III)
(=) V - Valor mínimo da Receita de Competência Estadual a ser aplicado em ASPS = (IV x 0,12)

Fonte: Adaptado de Brasil 2012c

A Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus arts. 5º (União), 6º (estados e Distrito Federal) e 7º (municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ASPS. A base de cálculo para aplicação mínima da União corresponde ao montante investido no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

De acordo com o arts. 6º, os estados e o Distrito Federal (Quadro 1) aplicarão, anualmente, em ASPS, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere partes dos arts. 155, 157 e 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Segundo o art. 7º, os municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ASPS, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere parte dos arts. 156, 158 e 159, todos da Constituição Federal (Quadro 2).

Brasil (2015) afirma que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), conforme a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, aquelas voltadas para a

promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Quadro 2 - Base de cálculo e aplicação mínima dos municípios na saúde

(+) I – Receita de Impostos
Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos – ITBI
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF
Imposto Territorial Rural – ITR
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos
Dívida Ativa dos Impostos
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa
(+) II - Receitas Transferências Constitucionais e Legais
Cota Parte FPM
Cota Parte ITR
Cota-Parte IPVA
Cota Parte ICMS
Cota Parte IPI – Exportação
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
Desoneração ICMS (LC 87/96)
(=) III - Total da Base de Cálculo Municipal (III=I+II)
(=) V - Valor mínimo da Receita de Competência Municipal a ser aplicado em ASPS = (III x 0,15)

Fonte: Adaptado de Brasil 2012c

As questões relativas à seguridade social estão contidas na Constituição Federal de 1988 e nas normas infraconstitucionais, Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990), Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei 8.212, de 24 de julho de 1991), da Previdência (Lei 8.213, de 24 de julho de 1991), além da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993).

Além do financiamento por meio de execuções orçamentárias do Poder Executivo, é possível que o financiamento do sistema de saúde seja complementado pelo Poder Legislativo e pelo Poder Judiciário. O Poder Legislativo pode complementar o financiamento do sistema de saúde por meio da apresentação de emendas ao orçamento proposto pelo Executivo e o controle das finanças públicas, a partir da nomeação dos membros do Tribunal de Contas (Sodré; Alves, 2010; Baptista et al., 2012). O Poder Judiciário pode obrigar o executivo a disponibilizar procedimentos ou produtos de saúde para os cidadãos, mesmo em casos não previstos nos orçamentos públicos, como tem acontecido no caso de judicializações de medicamentos (Mânica, 2007; Chieffi; Barata, 2009)

2.3 Atenção à saúde

De acordo com Teixeira e Solla (2006), o debate político que vem se configurando no SUS são de propostas de mudanças do modelo de atenção à saúde, considerando as formas de organização das relações entre sujeitos mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir nos problemas e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas.

Do ponto de vista das finalidades ou propósitos, a atenção à saúde busca abandonar o modelo centrado na atenção à demanda espontânea, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços (Teixeira; Solla, 2006; Brasil, 2007a; 2012b).

O padrão de desenvolvimento científico e tecnológico e a organização da atenção à saúde sob a lógica de mercado, direcionam a atenção para a cura de doenças e a prática médica. Assim, constituíram-se formas de produção e consumo de serviços de saúde que tiveram como consequências o baixo impacto na saúde da população, a grande especialização e o aumento das barreiras de acesso. Dessa forma, a promoção da saúde apresenta críticas ao modelo biomédico e proposições para a reorientação dos modelos de atenção à saúde (Czeresnia, 1999; Brasil, 2007a; Costa *et al.*, 2011; Mendes, 2012).

A definição de modelo assistencial de atenção à saúde consiste na organização de ações, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir diferentes modelos, como aqueles que desenvolvem exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporam ações de promoção e prevenção (Brasil, 2007a; Teixeira; Solla, 2006).

Costa *et al.* (2011) e Mendes (2012) afirmam que o modelo de atenção hegemônico ainda se caracteriza pelo médico-curativo, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas e pouco cuidadoras, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente.

A mudança do modelo vigente de atenção à saúde, que tem sido alterado pelas políticas do Ministério da Saúde e da Secretária de Estado da Saúde, também tem sido seguida, inclusive, pelo setor privado. A Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde, por meio da incorporação progressiva de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. A publicação da Resolução Normativa 94, em 23 de março de 2005, foi a iniciativa da ANS para estimular as operadoras de planos de assistência à saúde implantarem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos (BRASIL, 2007a).

Segundo Czeresnia (1999) e Mendes (2012), o significado do termo *promoção da saúde* associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado com o envolvimento de diferentes aparelhos sociais, uma vez que envolve as ações do Estado, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Vale ressaltar que termos como *empoderamento* e *autocuidado* vêm sendo cada vez mais utilizados, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde.

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças, orientando-se para ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades (Czeresnia, 1999).

De acordo com Brasil (2007a), a atenção à saúde pode ser organizada por diversos critérios, tais como:

- Fases de vida: da criança (recém-nascido, infantes, pré-escolar, escolar, adolescente), da mulher (gestante, adulta, menopausa) e do idoso.
- Agravos: doenças respiratórias, hipertensão, diabetes, cânceres, doença renal, AIDS etc.
- Especificidades: saúde bucal, mental, do trabalhador etc.

Por qualquer dos critérios escolhidos, as linhas do cuidado devem ser desenhadas para superar as fragmentações do corpo biológico, do indivíduo, dos processos de trabalho e das ações curativas e preventivas (Brasil, 2007a).

A proposta de intervenção baseada nas linhas de cuidado constitui-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam à integralidade do cuidado e integram as ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos níveis da atenção, como também uma visão global das condições de vida. As linhas de cuidado possibilitam descrever e avaliar a pactuação entre os diversos atores da saúde implicados na organização e o funcionamento dos serviços. Dependendo do modelo de atenção que opera nesta linha, o cuidado deve continuar por meio do acompanhamento, para garantir a integralidade e continuidade do cuidado (Czeresnia, 1999; Teixeira; Solla, 2006; Brasil, 2007a).

A adoção das linhas de cuidado pressupõe a vinculação das equipes com os beneficiários sob sua responsabilidade, além da capacidade dos gestores de investir na construção desse novo modelo de atenção à saúde. Isto implica na organização de uma rede de atenção à saúde com

infraestrutura e recursos adequados para prestar desde ações de promoção, prevenção e APS, até responder às demandas que exijam serviços de maior complexidade, demandando a formação de uma equipe devidamente qualificada e multidisciplinar (Lopes *et al.*, 2004; Mendes, 2012).

2.4 A Atenção Primária à Saúde, políticas públicas e as internações por condições sensíveis à Atenção Primária

A atual organização do sistema público de saúde colocou, via políticas públicas, a APS como porta de entrada e núcleo da RAS. Desde então, os municípios têm sido cada vez mais responsabilizados pela organização e alocação de recursos financeiros, materiais e humanos neste sistema. Apesar de esta responsabilidade ter sido definida pela Constituição Federal em 1988, diversas regulamentações passaram a ser emitidas pelos governos estaduais e pelo Governo federal após a implementação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde, em 1991, e do Programa de Saúde da Família, em 1993. Em seguida, por meio das publicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006 e 2011, e da Lei 141 de 2012, sobre ASPS (Brasil, 1988, 2007a, 2007c, 2012b, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica, aqui denominada de PNAB 2006 e PNAB 2011, ou outras que, de alguma forma, abordam a APS, como o Programa Saúde na Escola, a Política de Promoção da Saúde e as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, direcionam a APS como centro de referência do sistema de saúde. A Política Nacional da Atenção Básica, define a saúde no País de forma muito semelhante à Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2007c, 2010a, 2010b, Fontenelle, 2011).

Até chegar ao modelo atual, que é orientado pela PNAB de 2011, a APS, no Brasil passou por diversas etapas. Tradicionalmente, a APS brasileira sempre foi desempenhada em unidades básicas de saúde (UBS), por intermédio de médicos pediatras, ginecologistas e clínicos apoiados por uma equipe de enfermagem e pessoal administrativo. As primeiras experiências brasileiras iniciaram-se com o agente comunitário de saúde (ACS) antes de 1991. Em 1993, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com base nos PACS e no Programa Médico de Família, que foi efetivamente criado em 1994 e veio contribuir com a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo novas responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

O referencial proposto por Starfield (2004), com diretrizes semelhantes às da Política Nacional da Atenção Básica, desdobra as dimensões da APS nos seguintes tópicos:

- Acessibilidade: presença ou ausência de barreiras financeiras, organizacionais ou estruturais para se conseguir a APS.
- Porta de entrada: o grau dos serviços que se constituem como porta de entrada para os outros níveis de atenção, exceto em emergências.
- Elenco de serviços: contempla o adequado fornecimento de um rol mínimo de serviços adequados às necessidades da população adstrita.
- Vínculo: diz respeito à utilização regular do estabelecimento pela população e o foco da equipe na população.
- Coordenação ou integração de serviços: contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e a integração com os serviços de outros setores sociais.
- Orientação familiar: na assistência, contempla o contexto e a dinâmica familiar.
- Orientação comunitária: considera a capacidade da APS em reconhecer e responder às necessidades da comunidade.
- Formação profissional: envolve o conteúdo e a extensão da capacitação da equipe de APS.

Segundo Conill (2008), Henrique e Calvo (2009) e Rocha e Caccia-Bava (2009), os programas de APS foram implantados no Brasil, inicialmente em áreas de risco nutricional, locais mais vulneráveis socioeconomicamente, com problemas de infraestrutura sanitária e municípios de pequeno porte.

Giovanella (2006), Ibañez *et al*. (2008), Conill (2008) e Henrique e Calvo (2009) afirmam que, historicamente, a APS corresponde a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade para cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza. Ibañez *et al*. (2008) citam que ela é vista como um cuidado de baixo custo em comparação com os outros níveis de atenção e visto como um caminho economicamente viável para desenvolver sistemas universais de saúde, principalmente, em países mais pobres. Em geral, as reformas que vêm ocorrendo em muitos sistemas nacionais de saúde são motivadas por alguns pontos centrais, como: custos da assistência médica, busca por maior eficiência dos sistemas de saúde, descentralização das atividades e responsabilidades compartilhadas entre as esferas governamentais, o setor privado e os indivíduos.

Ibañez *et al*. (2008) afirmam que, além da preocupação com os resultados em saúde, a APS impacta a atual questão de viabilidade financeira dos sistemas de saúde. O investimento em APS busca por melhores resultados na redução das internações hospitalares ou na redução do uso de procedimentos terapêuticos mais sofisticados, que implica em maior custo para o sistema. Neste

sentido, as internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) tem sido uma referência comum na literatura para analisar a eficácia da APS sobre a variação da porcentagem de internações (Elias; Magajewski, 2008; Nedel *et al*., 2008; Alfradique *et al*., 2009).

As ICSAP constituem um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS possa ser capaz de diminuir o risco de algumas internações ou complicações. Como relatam Nedel *et al*. (2008) e Fontenelle (2011), as ICSAP passaram a ser usadas em países de cobertura universal como indicador de efetividade da APS. Foi adaptado no Brasil por Alfradique *et al*. (2009) e publicada na forma da Portaria 211, de 17 de abril de 2008 (Brasil, 2008b).

Segundo Alfradique *et al*. (2009), Fontenelle (2011) e Paixão *et al.* (2013), as ICSAP representam um conjunto de problemas de saúde para o qual a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações. Altas taxas de ICSAP em uma população, ou subgrupo desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. As ICSAP têm sido apontadas pela literatura como um bom indicador dos resultados em saúde produzidos por investimentos em APS. Tendo em vista que os municípios são os principais responsáveis pela alocação de recursos financeiros e pela produção dos serviços de APS, considera-se que o índice de ICSAP seria uma variável dependente adequada para o modelo teórico deste estudo.

Voltando ao tópico das ICSAP, segundo Fontenelle (2011), no Brasil existem evidências conflituosas sobre a associação entre o modelo de APS e as ICSAP. Veloso e Araújo (2009) observaram uma queda na proporção das ICSAP em municípios de pequeno porte de Minas Gerais, no período de 1999 a 2007 concomitante a uma expansão da cobertura Saúde da Família. De outro lado, Henrique e Calvo (2009) observaram que no período de 2001 a 2004 os municípios de Santa Catarina mantiveram as taxas de ICSAP, apesar da expansão da Saúde da Família.

Fontenelle (2011) e Cardoso *et al*. (2013) ressaltam que existem evidências da relação entre a APS e as ICSAP. Ainda, os estudos descritivos realizados no Brasil apresentam resultados discrepantes, tornando mais importante a busca por estudos analíticos. Apesar de o modelo de APS estar associado às ICSAP na Espanha e nos EUA, ainda não está claro se esta associação se mantém no Brasil. Alfradique *et al*. (2009) e Fontenelle (2011) apontam a carência de estudos brasileiros focados na análise das ICSAP.

Segundo Cardoso *et al*. (2013), no Brasil a lista de ICSAP inclui 19 causas de hospitalização e diagnósticos de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-10). A prevalência de ICSAP no estudo de Cardoso et. al. (2013) foi de 36,6% (IC95% 34,7 a 38,60), excluídas as internações por gravidez e parto. Em comparação, Alfradique *et al*. (2009) mostrou que em 2006 as ICSAP correspondiam a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo os partos.

Alguns estudos confirmam a hipótese de aumento da cobertura da APS e de redução em internações por condições sensíveis à Atenção Primária quando o modelo de atenção à saúde é focado na APS (Bindman *et al*., 2008; Billings *et al*. 1993; Billings *et al*. 1996, Caminal *et al*., 2001, Conill, 2008).

Segundo Caminal *et al*. (2001) e Alfradique *et al*. (2009), pode ocorrer um aumento das internações hospitalares mesmo em condições de aumento da cobertura, em razão da ampliação do acesso aos serviços de saúde, que acarreta a explicitação de uma demanda até então latente. De outro lado, isso pode também ser causado pela incapacidade da APS na oferta efetiva de serviços de saúde.

Algumas pesquisas apontaram que altas taxas de hospitalização por condições sensíveis à Atenção Primária podem indicar não apenas deficiência no percentual de cobertura dos serviços, mas também na baixa resolutividade, falta de medicamentos e deficiência no manejo da doença, no acompanhamento desses pacientes, ou ainda, no sistema de referência e contrarreferência (Casanova; Starfield, 1995, Casanova *et al*., 1996; Nedel *et al*., 2008).

Paixão *et al.* (2013) mostraram que ocorreu redução significativa das ICSAP com aumento da idade, situação também encontrada no estudo de Casanova *et al.* (1996). Dias *et al.* (2010) verificou no Pará que a população menor de um ano é a maior responsável pelas internações para esse grupo de causa. Nos resultados, os autores mostraram que a implementação da Estratégia Saúde da Família nos municípios baianos está associada à uma redução das taxas de internações por gastroenterites infecciosas e doenças respiratórias em menores de cinco anos. O Ministério da Saúde atribui essa redução ao acompanhamento sistemático e ao acesso das crianças com problemas agudos ao atendimento na unidade, entre outros fatores.

Outra característica da APS, de acordo com Fontenelle (2011) e Mendes (2015), é a tradição no tratamento de saúde materno-infantil e moléstias infectocontagiosas. Tradicionalmente, a APS brasileira foi desempenhada em unidades básicas de saúde, por intermédio de médicos pediatras, ginecologistas e clínicos, apoiados por uma equipe de enfermagem e pessoal administrativo.

Com relação às políticas públicas que passaram a conceituar a APS como estratégia ao invés de programa, a PNAB estabeleceu a Saúde da Família como a estratégia prioritária para sua organização. De acordo com esta política, definem-se como prioridades estratégicas para atuação em todo o território nacional: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde. Outras áreas poderão ser definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações (Brasil, 2007).

Mantendo a essência das portarias anteriores, a PNAB avançou ao definir maiores limites para o número de equipes de saúde da família (eSF), em relação ao tamanho da população, para fins de repasses financeiros, além de regulamentar a inserção da APS nos Pactos pela Saúde, com seus blocos de financiamento.

Os princípios fundamentais da APS no Brasil são: integralidade, universalidade, qualidade, equidade e participação social. As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma maior resolutividade da atenção, em que a saúde da família é compreendida como a estratégia principal para a mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (Brasil, 2007).

Segundo Fontenelle (2011), o destaque à APS como foco prioritário da organização do cuidado em saúde é uma tendência tanto brasileira como mundial. Planejada a partir de uma perspectiva restrita, como forma de diminuir o gasto hospitalar, a APS vem sendo retomada de forma mais ampla, com o intuito de desviar o foco da assistência médica e valorizar a integralidade e o vínculo do cuidado em saúde como principal estratégia em detrimento do enfoque baseado na atividade hospitalar e do enfoque curativo, fragmentado, ineficiente e pouco resolutivo.

A PNAB de 2006 foi atualizada pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a nova Política de Atenção Básica. No relatório de Brasil (2012b) está descrito que a PNAB de 2011 mudou o desenho do financiamento federal, buscando combinar equidade e qualidade, além de aumentar o volume de recursos investidos. Em relação à equidade, o piso da Atenção Primária fixo (PAB Fixo) passou a diferenciar o valor per capita por município, beneficiando aquele mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, a política induziu a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família e criou um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo o aumento do repasse de recursos em função de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite (Brasil, 2012b).

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação da RAS. Avançou na afirmação de uma APS acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de Estratégia de Saúde da Família, houve a inclusão de equipes de APS para a população de rua e a ampliação do número de municípios que podem ter Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou

as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e eSF para populações Ribeirinhas. A nova PNAB articula a APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde e com a universalização do Programa Saúde na Escola (Brasil, 2012b).

Segundo Brasil (2012b), o financiamento da APS deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de APS compõe o Bloco de Financiamento da Atenção Básica e parte do Bloco de Financiamento de Investimentos. Os repasses dos recursos aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, para facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Segundo Brasil (2012b), os repasses dos recursos aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, para facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal é composto pelos seguintes itens:

a) recursos per capita;
b) recursos para projetos específicos, tais como aqueles da compensação das especificidades regionais, do programa de requalificação das UBS e recursos de investimento e estruturação;
c) recursos de investimento;
d) recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); e
e) Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, com recursos destinados à estruturação da rede de serviços da APS.

Os recursos repassados em função dos resultados obtidos devem ser implantados conforme avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que está em sua terceira fase em 2015. Este programa tem por objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na APS. Dá-se por meio do monitoramento e da avaliação da APS e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem a ele. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Esse incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes de saúde cadastradas nos programas e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ. Em Minas Gerais, o Ministério da Saúde tem o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), da Faculdade de

Medicina da UFMG, como instituição parceira para avaliação externa das equipes de Atenção Básica das mesorregiões de saúde (Brasil, 2012b).

Os profissionais que atuarem na APS dos municípios com escassez e dificuldade de fixação de médicos também poderão ser incluídos no Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Os médicos que trabalhem na APS desses municípios por ao menos um ano receberão um bônus na pontuação de qualquer prova de residência médica. Além disso, médicos, enfermeiros e dentistas receberão, ao longo do segundo ano de trabalho, um curso de especialização em Saúde da Família (BRASIL, 2012b).

De forma geral, a nova PNAB manteve a essência da anterior. A maior inovação conceitual desta PNAB em relação à anterior foi reconhecer que a APS se articula com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde. No que concerne às demais estratégias, observaram-se parcerias com o Ministério da Educação visando à qualificação de profissionais das eSF. Destaca-se, ainda, a inserção da eSF em macropolíticas do Governo Federal, como o acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Além disso, a implementação da agenda social federal para grupos vulneráveis impôs demandas ao Ministério da Saúde, cuja contribuição se deu por meio da APS, com extensão da cobertura ou criação de incentivos financeiros específicos (Brasil, 2007b; Castro; Machado, 2012; Fontenelle, 2011).

A nova PNAB define também a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial. A APS é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema.

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS torna-se a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária. Seu papel é identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas. A Atenção Primária deve organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve utilizar gestão de listas de espera, prontuário eletrônico em rede e protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores e eventos (Brasil, 2012)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de APS para populações específicas e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades às quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes. Os NASF fazem parte da APS, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de fluxos e contrafluxos, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e de acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de APS, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2012b).

O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial 6286, de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre o Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde.

2.5 A alocação de recursos na saúde e o caso dos pequenos munícipios

Segundo Fos e Zúniga (1999), a definição de prioridades na alocação de recursos não é um processo objetivo, envolvendo escolhas e julgamentos de valor. Na saúde, determinar a alocação de recursos usando padrões epidemiológicos e intervenção de doenças tem mostrado ser ineficiente. Neste contexto, existem estruturas de poder que vêm determinar a realocação de recursos existentes, assim como a alocação de recursos adicionais. Assim, planos que envolvem melhorias na APS devem levar em conta aspectos sociais, com respeito a valores e estruturas de poder.

A alocação de recursos na saúde é um conceito contemporâneo em razão da infindável discussão sobre o financiamento e a eficiência dos sistemas de saúde. A melhoria dos sistemas de saúde está diretamente relacionada a uma adequada alocação de recursos. Entende-se alocação de recursos como a distribuição de recursos na saúde, entre eles financeiros, materiais e humanos.

Nos estudos sobre alocação de recursos na saúde, após os anos de 2000, destaca-se um elevado número de estudos que analisam modelos equitativos de alocação financeira em saúde (Zielinski *et al.*, 2009; Mendes *et al.*, 2011).

Não existe consenso na literatura sobre o melhor modelo de alocação de recursos na saúde, visto que diversos modelos e formas de gestão variam de país para país. No entanto, uma característica da alocação de recursos dos países é a influência de fatores demográficos e sanitários como base para a sua distribuição (Zielinski *et al.*, 2009; Mendes *et al.*, 2011).

A alocação de recursos também pode ser compreendida como a distribuição do perfil de competências dos profissionais, de medicamentos e de equipamentos para população que demanda serviços de saúde. A localização de uma organização e a adequada distribuição de recursos requerem decisões estratégicas que requerem estudos criteriosos, e não apenas parâmetros baseados no bom senso e na experiência dos governantes e especialistas. Então, os recursos são financeiros, físicos (instalações e localização geográfica), organizacionais (planejamento e controle), humanos (experiência, treinamento e inteligência), reputação, tecnológicos, inovadores e ativos estratégicos (Carnasciali; Bulgacov, 2014).

A alocação de recursos em saúde é complexa, tendo em vista que o SUS é um sistema integrado hierarquicamente, projetado para ser descentralizado, funcionando por meio de ações e serviços públicos de saúde, coexistente com a iniciativa privada e conivente com diversas formas de financiamento (Carnasciali; Bulgacov, 2014).

Existe inúmeros estudos em administração pública que focam na análise da alocação financeira de recursos. Menos estudos focam na análise de outros recursos organizacionais, como estrutura e competências profissionais (Carnasciali; Bulgacov, 2014). Buscar analisar a alocação de recursos em saúde apenas de uma visão funcionalista pode ser limitado, tendo em vista que diferentes sistemas de saúde coexistem com uma gama de incentivos políticos (Zielinski *et al.*, 2009; Mendes *et al.*, 2011).

No Brasil, a alocação de recursos financeiros na Saúde Pública tem sido regulamentada pela Constituição de 1998, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, Lei 8.142, de 1990, e Lei 141, de 2012, com foco na alocação de recursos e na produção e oferta de serviços de saúde. Entre outras regulamentações, estas leis inseriram os princípios da captação de recursos para a seguridade social e para a distribuição de recursos financeiros entre os entes da Federação. Historicamente, no Brasil a alocação de recursos financeiro possui uma lógica centrada na oferta, no aporte tecnológico ou em uma série histórica de gastos em detrimento da demanda (Mendes *et al.*, 2011).

A partir de 1996, com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 1996), o Piso Assistencial Básico passou a dar mais importância à alocação de recursos ao nível municipal para

incentivos de programas como Saúde da Família e Agentes Comunitário de Saúde. No mesmo sentido, encontrou-se uma alocação de recursos baseada na produção, mantendo-se distribuições não equitativas dos recursos da saúde no Brasil.

O sistema brasileiro de saúde ainda pode ser considerado híbrido, em razão da coexistência de formas privadas e públicas de assistência à saúde, colocando em questão os princípios de diretrizes da APS. Meniccucci (2003) analisa a coexistência destes dois sistemas com base no novo institucionalismo histórico, aplicado à análise de políticas públicas e à compreensão de reformas, a partir da consideração de fatores de ordem institucional. Pode-se dizer que essa abordagem da autora busca responder de forma diferente a pergunta de como as escolhas sociais são modeladas, mediadas e conduzidas por arranjos institucionais (Powell; DiMaggio, 1991), entendendo que as preferências e significados não são estáveis nem exógenos, mas podem ser moldados pelas experiências políticas ou por instituições política relativamente autônomas. A distribuição de recursos políticos pode ser afetada pelas instituições políticas, no contexto das quais são também desenvolvidas as regras do jogo (Menicucci, 2003).

É importante também destacar que para Menicucci (2003) as principais políticas públicas constituem importantes regras do jogo em uma sociedade, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos e modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas. De um lado, as políticas públicas costumam levar à constituição de instituições para viabilizar sua implementação; de outro, as políticas públicas podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de estruturas institucionais, na medida em que colocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos (Menicucci, 2003).

A antiga estrutura institucional da saúde impacta o atual sistema e sua mudança estrutural (Menicucci, 2003). Ao mesmo tempo em que se realiza verdadeiramente uma reforma, essa mudança é limitada pela antiga estrutura institucional, além de não ser capaz de desmontá-la, constituindo, dessa forma, uma dupla trajetória: a da assistência pública e da assistência privada. A própria constituição expressa essa dualidade quando, ao mesmo tempo, cria o sistema público universal e define a liberdade da iniciativa privada (Menicucci, 2003)

Segundo Santos e Rodrigues (2014), a alocação de recursos pode ser considerada no País como algo desigual, pois de um lado, existe a dificuldade por parte dos municípios pequenos de obter recursos para se autofinanciar; e de outro, grandes municípios ou municípios da região metropolitana, por serem considerados mais ricos, recebem menos recursos proporcionais à sua população, desconsiderando seus bolsões de pobreza. A regra de distribuição do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) também pode influenciar a equidade na alocação de recursos em APS. De um lado, o FPM contempla mais recursos para municípios mais pobres, acabando por fornecer uma base fiscal significativa para estes, mesma lógica tem seguido a atual PNAB; de

outro, os estados mais ricos e os municípios mais ricos, possuem bolsões de pobreza que não são considerados pelos modelos de financiamento e que podem causar mais necessidades de recursos que não são considerados pelos métodos de distribuição.

Santos e Rodrigues (2014) analisam que nos pequenos municípios as instituições políticas do clientelismo e do mandonismo interferem no encaminhamento dos usuários. Suas populações são insuficientes para justificar a existência de uma rede hospitalar completa, e por isso focam em serviços de Atenção Primária. Por não disporem destes serviços, os pequenos municípios necessitam encaminhar seus usuários para centros maiores, em outros municípios, o que dificulta e encarece a RAS. Em Minas Gerais, quase 80% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes, onde falta quadro técnico capacitado para a gestão e a elaboração de projetos.

Para a população dos pequenos municípios, carentes sob o ponto de vista econômico, as situações acima resumidas dificultam a garantia da continuidade do cuidado da saúde. Esta acaba sendo feita em locais distantes, requerendo apoio logístico como transporte, alimentação e hospedagem para usuários e acompanhantes, que também são passíveis de exploração política. A predominância do clientelismo no interior do País, entretanto, favorece o controle privado dos bens públicos e a nomeação de amigos e parentes para organizações municipais. As oportunidades da política costumam ser oferecidas para os eleitores ou financiadores das eleições (Santos; Rodrigues, 2014).

Para enfrentar as dificuldades na prestação de serviços especializados, Gerigk e Pessali (2014) citam a existência dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS) como instituições públicas disseminadas no contexto de pequenos municípios. A descentralização promovida na área de saúde nos anos de 1990 estimulou a aglutinação de municípios, em especial de menor porte, para enfrentar a dificuldade na prestação de serviços especializados. Cerca de 80% dos municípios com menos de 20 mil habitantes estão vinculados a algum CIS. A descentralização promovida pela regulamentação do SUS, das Leis Orgânicas da Saúde e das Normas Operacionais do Ministério da Saúde exigiu dos municípios do interior maior participação nas ações de saúde.

A legislação federal sobre os consórcios públicos foi promulgada em 2005 pela Lei 11.107, e regulamentada em 2007 pelo Decreto 6.017. A maior participação em consórcios de saúde ocorre com municípios com menos de 10 mil habitantes. Os pequenos municípios sofrem de carência na assistência especializada, com foco em consultas médicas de especialidades, exames de média e alta complexidade e outras terapias.

O trabalho de Carvalho *et al.* (2014) mostrou que os gestores municipais passaram a ter uma gama de atribuições, entre elas o planejamento e o financiamento das ações, a administração e o controle de recursos financeiros, a regulação do conjunto de serviços de saúde existentes em seu território e a organização dos fluxos assistenciais. Os municípios que anteriormente ao SUS

tinham como responsabilidade executar ações previamente estabelecidas pelas esferas estadual e federal tornaram-se os principais planejadores e executores da política de saúde e os gestores da força de trabalho.

Carvalho *et al.* (2014) afirma que os pequenos municípios são carentes de estrutura para o planejamento e possuem baixa capacidade de gestão. Estes resultados são relevantes, pois, apesar da baixa concentração populacional, estes possuem grande capilaridade espacial.

Segundo Medeiros (2013), devido ao estágio de implementação do SUS, são necessários estudos que avaliem a organização e o funcionamento da RAS nos pequenos municípios e a capacidade destes em garantir a integralidade e a equidade em saúde para seus usuários, pois são estes municípios que apresentam a maior dependência externa. A governança do sistema apresenta uma tensão permanente entre os diversos atores envolvidos, sejam eles do município, estado ou União, ou mesmo entre prestadores de serviços públicos e privados.

Uchoa *et al.* (2011) mostra evidência em um pequeno município de que existe uma prestação descontínua de equipes, bem como a falta de centros de saúde na cidade. Ações de promoção e controle social são praticamente inexistentes, direcionando as reivindicações aos políticos locais. Houve reprodução de um modelo de atenção simplificada, não articulado nem com promoção nem como saúde como direito social.

A maior adesão à APS ainda ocorre nos municípios de pequeno porte, nos quais uma equipe do PSF responde por elevada cobertura populacional. Esses resultados também foram percebidos por outros autores. Alguns questionam se essa ampla cobertura representa uma contribuição à conversão de modelo assistencial ou uma reprodução na saúde da escassez e da desigualdade na distribuição de bens e equipamentos sociais, como já observado em outras esferas nacionais. Cerca de 95% dos municípios brasileiros possuem cobertura da Atenção Primária. Mesmo diante de afirmações sobre o impacto e a ampliação da cobertura, persiste o desafio de superar a desigualdade em termos de acesso e qualidade da atenção (Uchoa *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2013; Medeiros, 2013; Ohira *et al*., 2014.).

A maioria dos pequenos municípios apresenta dificuldades operacionais para a prática do planejamento e da gestão urbana, dada a falta de estrutura institucional e administrativa, como: profissionais qualificados, instrumentos e condições operacionais apropriadas para o desenvolvimento do processo. Os municípios de pequeno porte têm dificuldades para definir as diretrizes e os instrumentos capazes de orientar o seu crescimento. As ações dos governos municipais, geralmente, acontecem para saciar determinada demanda ou para minimizar determinado problema. Ou seja, não se investe em ações de planejamento de médio e de longo prazo (Uchoa *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2013; Medeiros, 2013; Ohira *et al*., 2014). Pinto e

Gerhardt (2013) informam que os serviços de saúde em pequenos municípios costumam ser esporádicos na zona rural, são influenciados por um ambiente bucólico e pelo clientelismo.

O estudo de Medeiros (2013) revela que as RAS ganharam importância com a Portaria do MS/4729 de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da saúde em redes. Segundo Medeiros (2013a), as normas operacionais básicas (NOB 91, 93 e 96) se mostraram ineficientes para o processo, por consolidarem o município como um mero prestador de serviços, com pouca autonomia para organizar as redes em seu território e ampliar o processo de reconcentração de competências regulatórias sobre as ações assistenciais no Ministério da Saúde. Adicionalmente, o processo descentralizador criou os níveis mesorregionais, entre o nível central e o local, chamados de "microrregião de saúde", para aperfeiçoar o acesso pronto a serviços eficientes, efetivos e de qualidade com a proximidade dos problemas locais e da população (Medeiros, 2013).

A NOAS 01/2002 retomou a regionalização, buscando oferecer meios de integração entre sistemas municipais de saúde, sob a coordenação dos gestores estaduais, na tentativa de superar barreiras e diferenciais de acesso entre cidadãos de localidades diferentes. O grande desafio estava em garantir a equidade e a integralidade do acesso e da atenção à saúde da população de municípios com pequena infraestrutura de serviços, principalmente aqueles com poucos habitantes. A estratégia da NOAS para garantir a equidade e integralidade consiste no aprofundamento da interdependência dos municípios, orientada pelo processo de planejamento territorialmente referenciado. O planejamento é inserido no processo de regionalização da assistência pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento de ordenamento do processo que resulta de uma elaboração conjunta que envolveu, de forma direta e constante, o intercâmbio técnico e político dos municípios com a esfera estadual. Um dos mecanismos desenvolvidos para este planejamento foi a Programação Pactuada e Integrada (PPI), por meio da qual os municípios com oferta excedente em determinados serviços podem atender a outros com oferta insuficiente. Outro mecanismo foi a criação de consórcios intermunicipais de saúde, que reuniram municípios vizinhos que coordenam em conjunto a rede de oferta de serviços (Medeiros, 2013).

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG), que define a microrregião de saúde, deve ofertar todos os serviços de média complexidade; e a macrorregião, todos os serviços de alta complexidade. Procurando fortalecer a regionalização da rede SUS e garantir a integralidade da assistência, a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2011 (NOAS), publicada pela Portaria GM/MS 95/2011, enfatizou o planejamento regional da rede, buscando a organização integrada do sistema em todos os níveis de atenção. Porém, de acordo com todos os gestores da rede entrevistados, isto não acontece porque a capacidade instalada na região é insuficiente (Medeiros, 2013).

O levantamento da rede SUS em Minas Gerais revelou que a oferta de serviços de média e alta complexidade (MAC) é dominada pelo setor privado, que detém dos recursos disponíveis para o SUS - por exemplo, 72,3% dos leitos de internação do estado. A relação entre as pactuações do estado e o que realmente é necessário não bate, e então o município precisa comprar a preço de mercado. Além do mais, essa discrepância abre espaço para novas intermediações de cunho clientelista. A regionalização, embora tenha sido bastante discutida entre as esferas de governo, pouco avançou, não se efetivando como um lugar importante de mudanças (Medeiros, 2013).

Outra estratégia de consolidação da descentralização e regionalização foi a edição da Portaria GM/MS 399, de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS – e aprova as diretrizes operacionais a ele inerentes, constituídas de três componentes: Pactos pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e os municípios, promovendo a descentralização (Medeiros, 2013).

O pacto de gestão manteve os principais instrumentos das NOAS 01/2002, PDR, PPI e PDI e a integração de serviços com características semelhantes – denominada integração funcional. Segundo Mendes (2013), a rede que interessa para a ampliação da democracia e qualificação do SUS não pode se reduzir a articulação de serviços de um entorno funcional, mas valorizar o entorno territorial. As barreiras mais comuns à implantação das RAS são: sistemas de informação deficientes; a APS de baixa qualidade; protagonismo da atenção especializada; cultura organizacional com base na autonomia dos serviços; incentivos econômicos em sentido contrário ao da conformação das redes de atenção à saúde; debilidade na gestão integrada dos sistema de saúde; valorização relativa, pelos usuários, das ações de atenção secundária e terciária; pouca tradição no uso da gestão da clínica; e fragilidade dos sistemas logísticos na saúde (Medeiros, 2013; Mendes, 2015).

Quando se exclui o efeito da diferença no tamanho da população, os resultados encontrados se modificam, trazendo a especificidade dos municípios muito pequenos, nos quais a cobertura da ESF pode representar um fator protetor melhor do que nos municípios maiores e nos quais a renda *per capita* tem menor influência na mortalidade. Compreende-se que para se avaliar um município é necessário considerar sua inserção no sistema de saúde regional, estadual e, até mesmo, nacional. Embora não haja sentido em imaginar que todos os serviços devam estar disponíveis em todas as localidades, é correto pensar que os cidadãos de todos os municípios devem ter acesso a todas as ações e serviços de saúde (Medeiros, 2013; Mendes, 2015).

Medeiros (2013) e Santos e Rodrigues (2014) questionam as debilidades na gestão, planejamento e influência políticas nos pequenos municipios. Outro problema é a falta de representação regional nos legislativos estadual e federal. Sem representantes, já dificuldades para

a obtenção de recursos de investimentos, oriundos de emendas parlamentares, que, como visto, tem uma importância cada vez maior nos investimentos do SUS e são instrumentos de troca de favores no cenário político brasileiro.

2.6 Avaliação das políticas públicas em saúde

As práticas avaliativas qualitativas, inclusivas, centradas no usuário, realizadas pelos próprios profissionais de saúde locais e pesquisadores e com valorização do processo reflexivo permanente, são formas inovadoras de visualizar os serviços e os sistemas de saúde. A avaliação normativa envolve o julgamento sobre uma intervenção quanto aos recursos empregados, à organização, aos serviços, aos bens produzidos e aos resultados obtidos, constituindo uma realidade predominante no SUS. Além destas, existe a avaliação formativa, desenvolvida ao longo dos programas, visando acompanhar seu desenvolvimento e a somativa, que é realizada ao fim de um programa, para verificar seus resultados e prestar contas (Pinto e Gerhardt, 2013).

Segundo Viana (1996), o ato de fazer políticas públicas pode ser compreendido como o "Estado em ação", em que, por meio de princípios e diretrizes, há uma descrição de como operar o Estado. A ação social é utilizada para designar o ato de fazer políticas públicas, em que se estabelece sempre uma relação entre atores governamentais e os de fora, não de forma dicotômica, mas num processo contínuo e, até mesmo, independente da fase da política.

A agenda de uma política pública é definida como o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos. A agenda pode ser influenciada por membros dos governos e pela sociedade civil, como grupos de pressão, mídia ou opinião pública. O reconhecimento de problemas que precisam ser resolvidos por meio de políticas públicas se daria em função de indicadores, eventos, crises e símbolos e da elaboração do orçamento. Os condicionantes do processo de formação de políticas são os meios socioeconômico e político, as rotinas e os padrões de ação. Enquanto determinadas políticas são influenciadas mais pelo meio, outras o são mais pelas rotinas e padrões de atuação implícitas nas instituições (Travisan; Bellen, 2008).

A implementação de uma política pública também pode ser compreendida no processo em que a política governamental se envolve com sujeitos não governamentais, sendo alguns deles objetos da política, com poder de ação, recursos e ideias. Implementação é, portanto, uma relação entre atores governamentais e não governamentais, na qual estes ganham status de sujeitos intencionais. O foco das análises, na maioria das vezes, incidiu sobre o lado governamental, e não

sobre a visão da implementação como ação social, identificando os atores não governamentais apenas como objeto das políticas (Farah, 2011).

Uma classificação de avaliação de política pública é fornecida por Derlien (2001), que parte da distinção das três funções básica atribuídas à avaliação para dividir as três fases evolutivas das pesquisas de avaliação dos anos de 1960 e 1990: informação, realocação e legitimação. Nos anos de 1960, a ênfase política na avaliação de políticas públicas preponderou sobre a função de informação. O foco era a melhoria dos programas, e os gerentes tinham interesse em usar a avaliação como mecanismo de feedback. A função realocação foi predominante nos anos de 1980, durante a segunda etapa de institucionalização, a qual estava claramente destinada a promover uma alocação racional de recursos no processo orçamentário. Durante a década de 1990, a tônica política na avaliação de políticas passou a ser a função de legitimação. Esse deslocamento, segundo Derlien (2001) e Faria (2005), teria sido causado por fatores político-econômicos específicos, havendo também uma mudança dos atores dominantes. A influência da nova administração pública foi percebida na década de 1990, quando os avaliadores se converteram em auditores que privilegiam a medição dos resultados. A partir dos anos de 1990, ocorreu na América Latina um questionamento crescente sobre o tamanho e a eficiência do setor público.

Segundo Faria (2005, p. 99) o desenho das reformas do setor público privilegiou a ação de uma perspectiva de contenção dos gastos públicos, de busca de melhoria da eficiência e da produtividade, de ampliação da flexibilidade gerencial e da capacidade de resposta dos governos, bem como de maximização da transparência da gestão pública e de responsabilização dos gestores, em um processo no qual o consumidor dos bens e serviços públicos estaria supostamente, em primeiro plano. O segundo propósito, ou expectativa, é que tais reformas pudessem contribuir para uma reavaliação da pertinência das organizações governamentais preservarem todo o seu leque tradicional de atribuições, prevalecendo um contexto de valorização da provisão privada de bens e serviços. Assim, a avaliação ganha centralidade porque se esperava que garantisse a credibilidade do processo de reforma e sustentabilidade política das diretrizes de desregulamentação e de diminuição do tamanho do governo, seja pelo deslocamento das funções e dos serviços para as esferas subnacionais, pela via da privatização (Faria, 2005).

No âmbito da avaliação de políticas públicas, a avaliação de processos visa detectar defeitos na elaboração dos procedimentos, acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação dos programas, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados para sua reprogramação, por meio do registro de intercorrências e de atividades. Essa avaliação se realiza concomitantemente ao desenvolvimento do programa. Portanto, o uso adequado das informações produzidas permite incorporar mudanças ao seu conteúdo (Trevisan; Bellen, 2008).

Já a avaliação de impacto, conforme Carvalho (2013), é aquela que focaliza os efeitos ou impactos produzidos na sociedade - portanto, para além dos beneficiários diretos da intervenção pública -, avaliando-se sua efetividade social. Busca-se nessa avaliação detectar as mudanças que efetivamente ocorreram e em que medida as mudanças ocorreram na direção desejada.

Na gestão pública, Trevisan e Bellen (2008) citam que o agir político é materializado e organizado pela política pública. Esta pode ser dividida em fases parciais do processo político e administrativo de resolução de problemas. Os autores afirmam que a análise de políticas públicas tem o objetivo específico de estudar programas governamentais, suas condições de emergências, mecanismos de operação e prováveis impactos na ordem social e econômica. Também, defenderam que as novas gerações de estudos sobre políticas públicas deveriam seguir na direção do desenvolvimento de tipologias analíticas e concentrar-se na identificação das variáveis que causam impactos nos resultados das políticas. Isso implica a superação da dicotomia dos estudos que analisam somente sucessos ou fracassos para um estágio em que se enfatize o melhor entendimento dos próprios resultados.

A avaliação deve proporcionar informação que seja crível e útil, para permitir a incorporação da experiência adquirida no processo de tomada de decisão. Deve ser vista como um mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisão, a fim de garantir melhores informações sobre as quais decisões fundamentais possam ser tomadas e para melhor prestar contas sobre as políticas públicas (Trevisan; Bellen, 2008).

Para Faria (2005), avaliação trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple seu desempenho, implementação e resultados, tendo em vista a determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância de seus objetivos. É uma atividade permanente, e não restrita à etapa final do ciclo da política pública.

Donabedian (1988) sugere três tipos de indicadores gerais para avaliar o desempenho na saúde (Quadro 3). Esses indicadores podem ser considerados a base para a formulação de medidas de avaliação de desempenho em unidades públicas.

Quadro 3 – Dimensões do desempenho na gestão pública

Dimensão	Definição	Exemplo
Estrutura	Foco nas características organizacionais e de seus participantes.	Adequação da infraestrutura, equipamentos e profissionais da área.
Processos	Foco na quantidade ou qualidade de atividades realizadas pela organização. Os processos mensuram o acesso ao invés dos efeitos.	Quantidade de trabalho ou qualidade do trabalho realizado pelos profissionais.
Resultados	Foco nas características onde os materiais, objetos e pessoas foram utilizados.	Mudanças nas condições de saúde.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1988)

Segundo Donabedian (1988), Kobayashi *et al.* (2011) e Costa *et al.* (2011), indicadores da dimensão *estrutura* dizem respeito a: área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso às normas de avaliação e manejo de pacientes, entre outros. Eles identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários. Os indicadores da dimensão *processos* indicam o que é realmente oferecido aos usuários no âmbito do cuidado, apontando o que os profissionais fazem em termos de exames, tratamentos e acompanhamentos. Os indicadores da dimensão *resultados* indicam o quanto do problema foi resolvido utilizando-se da *estrutura* e *processos*.

Geralmente, esses indicadores são comparados a padrões previamente estabelecidos, protocolos e consensos. Enquanto isso, os indicadores da dimensão *resultado* indicam o quanto o usuário do serviço teve seu problema resolvido após certo período de tempo. A satisfação do paciente e do profissional também são dimensões do resultado (Costa *et al*. 2011; Kobayashi *et al*., 2011).

Os indicadores da dimensão *processo* são tão importantes quanto os de *resultado*, tendo em vista que determinam como um programa atua. Também, os resultados na população são de suma relevância. Aliás, as avaliações de resultado não dispensam a coleta de indicadores de processo, como a oferta, utilização e cobertura (Brasil, 2007a).

A avaliação em saúde tem por objetivo: subsidiar o processo de trabalho e a tomada de decisões, mediante a identificação dos problemas e da reorientação de ações e serviços desenvolvidos; avaliar a incorporação de novas práticas assistenciais; e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas no estado de saúde da população. Devem-se avaliar, por meio do uso de indicadores: a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, os processos e resultados relacionados ao risco, o acesso e a satisfação dos indivíduos em relação aos serviços de saúde na busca da resolutividade e qualidade assistencial (Lopes *et al*., 2004; Costa *et al.* 2011).

Segundo Behn (2003), os administradores públicos precisam ter um objetivo ao mensurarem o desempenho. Este autor cita que a mensuração do desempenho possui oito objetivos: a) avaliar quão bem o órgão público analisado está funcionando; b) controlar, ou seja, assegurar que administradores públicos e funcionários estejam realizando as atividades corretas; c) definir em quais programas, pessoas ou projetos deve-se alocar mais recursos; d) motivar cidadãos, *stakeholders* e gestores públicos; e) promover a instituição pública, por meio da divulgação dos resultados; f) celebrar o sucesso do alcance dos melhores resultados; g) aprender o que está funcionando e o que não está funcionando; e h) verificar o que deve ser feito de diferente para melhorar a desempenho da instituição pública.

A avaliação requer comparação e para avaliar o desempenho de uma organização pública, os gestores precisam comparar o desempenho com algum padrão. Estes padrões ou referências podem vir do desempenho passado, de organizações similares, dos profissionais, de resultados propostos e expectativas dos governantes. O Quadro 4 mostra as características das medidas de desempenho.

Quadro 4 - Características das medidas de desempenho para diferentes propósitos

Propósito	Necessidades
Avaliar	Resultados, combinados com insumos e com efeitos dos fatores exógenos
Controlar	Insumos que podem ser regulados
Orçamentar	Medidas de eficiência (especialmente resultados ou produtos divididos pelos insumos)
Motivar	Produtos em tempo real comparados com metas de produção.
Promover	Aspectos de fácil entendimento para o público
Celebrar	Metas de desempenho significantes e periódicas que quando alcançada, fornece as pessoas um sentimento de realização pessoal e coletiva.
Aprender	Desagregar dados que podem revelar desvios do esperado
Melhorar	Dentro do relacionamento desconhecido que conecta mudanças nas operações para mudar produtos e resultados.

Fonte: Adaptado de Behn (2003)

Com relação ao propósito do controle, quando os gestores públicos utilizam medidas que investigam a relação entre insumos e produtos, provavelmente, estão fazendo isso para controlar. Para tal, a organização utiliza uma medida para avaliar o comportamento correspondente dos indivíduos e organizações e, em seguida, compara esse desempenho com os requisitos para verificar quem tem ou não cumprido os níveis de desempenho (Behn, 2003).

Para aprender, gestores públicos necessitam de um número grande e variado de medidas que produzam informações desagregadas sobre vários aspectos de várias operações de vários componentes da organização pública. Quando se busca aprender, gestores públicos precisam evitar a agregação excessiva de informação (Behn, 2003).

Conforme Dey *et al*. (2006), Barros e Garcia (2006), não há uma medida de desempenho única que os gestores públicos podem usar para alcançar todos os objetivos. Os líderes de um órgão público não devem ir à procura de uma única medida. Em vez disso, devem começar por decidir sobre os efeitos dessas medidas na gestão, para que a mensuração do desempenho possa contribuir. Só então, pode-se selecionar um conjunto de medidas de desempenho com as características necessárias para ajudá-los atingir esses fins.

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. Segundo Bosi e Uchimura (2007), o paradigma que orienta a avaliação da qualidade dos programas focaliza de maneira acentuada, se não exclusiva, as dimensões objetiváveis, ou seja, aquelas passíveis de quantificação. De acordo com esses autores, a avaliação

pode assumir variados significados, traduzindo um caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco e abrangendo dimensões objetivas e subjetivas.

Segundo Bosi e Uchimura (2007), estudos de avaliação com contornos mais clássicos dirigidos à análise da eficiência de determinado programa, dada a natureza do método que empregam e o entendimento da realidade a partir de uma ótica de objetivação, seriam apropriados para a análise ou mensuração do êxito técnico do programa - ou seja, de sua qualidade formal.

De outro lado, estudos avaliativos voltados à dimensão subjetiva da qualidade se propõem a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. Tais estudos seriam adequados à análise do sucesso prático, ou seja, à análise da efetividade de um programa de saúde, pois consideram as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial, os usuários a que se destinam as ações.

2.7 Avaliações econômicas em saúde

Em razão da elevação dos gastos em saúde e das pressões sobre os gestores nas decisões relativas à alocação de recursos, as avaliações econômicas em saúde têm merecido destaque pelos métodos usados na avaliação de tecnologias em saúde. No SUS, essas avaliações podem ser instrumentos no processo de decisão sobre a incorporação ou não de tecnologias e a alocação de recursos em saúde, pela possibilidade de identificar problemas e oportunidades que investigam a efetividade, os custos e os impactos do uso de determinada tecnologia ou política de saúde (Brasil, 2008, 2009).

A área de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), definida como multidisciplinar de estudos, tem por objetivo fornecer aos tomadores de decisão informações quanto ao possível impacto e consequências de uma nova tecnologia ou de mudanças em uma tecnologia estabelecida. Há uma preocupação com as consequências diretas e indiretas, os benefícios e as desvantagens, bem assim com o mapeamento das etapas envolvidas em qualquer transferência de tecnologia tanto no setor privado quanto no público (Brasil, 2008).

Em paralelo ao movimento de ATS, despontou o modelo de atenção à saúde que é a Medicina Baseada em Evidências que surgiu da fusão entre epidemiologia populacional, saúde coletiva e pesquisa básica e clínica. Assim, passou a incorporar o rigor metodológico proveniente de estudos populacionais e de vigilância sanitária em questões individuais da prática da Medicina, reconhecendo que a experiência clínica e os mecanismos fisiopatológicos de doenças são insuficientes para a tomada de decisão mais adequada (Brasil, 2008).

A partir dessas políticas, Brasil (2008) comenta que as Diretrizes Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde foram publicadas em razão da escassez de publicações semelhantes no Brasil, além da inexistência de uma diretriz do Ministério da Saúde para tal fim. O objetivo dessas diretrizes foi contribuir para a padronização das avaliações realizadas tanto por pesquisadores externos quantos pelos próprios técnicos do Ministério da Saúde, permitindo maior transparência dos estudos a serem apresentados e a possibilidade de sua revisão e reprodução.

Na saúde, é comum a incorporação de novas tecnologias em saúde sem evidências suficientes que comprovem sua segurança, eficácia e efetividade. É central no pensamento econômico o fato de que os recursos da sociedade são finitos em relação a sua demanda. No setor saúde, essa demanda encontra-se em contínuo crescimento, dado o alto grau de inovação tecnológica que caracteriza a área, o aumento da expectativa de vida e, com ela, o aumento das doenças crônicas. Como consequência, existe um permanente conflito entre uso de recursos e necessidade de escolher entre alocações alternativas (Brasil, 2008, 2009, Sancho; Dain, 2012).

As avaliações econômicas compreendem, frequentemente, uma síntese da informação de várias disciplinas, tais como epidemiologia, pesquisa clínica e economia. Estas baseiam-se no custo de oportunidade, isto é, na compreensão de que a aplicação de recursos em determinados programas e tecnologias implica a não provisão de outros. O custo real de uma atividade não corresponde apenas aos recursos despendidos em sua oferta, mas também no valor de todas as outras atividades que deixam de ser fornecidas. Desse modo, uma alocação eficiente de recursos é aquela em que os custos de oportunidade são minimizados; isto é, em que se obtém o maior valor dos recursos empregados (Brasil, 2008, 2009, Sancho; Dain, 2012).

As abordagens para a análise econômica de saúde apresentam como característica central a relação entre insumos e produtos – ou, em outras palavras, custos e consequências - e comparam estratégias tecnológicas, podendo ser duas ou mais alternativas tecnológicas para uma dada condição clínica, ou mesmo, intervenções diferentes disponíveis para condições de saúde diversas. Enquanto o uso de recursos é sempre mensurado em unidades monetárias, as formas de mensuração das consequências diferem, definindo os quatro principais tipos de análises existentes: custo-minimização, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício (William; Bryan, 2007; Sancho; Dain, 2012).

As análises de custo-minimização comparam estratégias com efetividade semelhante. As análises de custo-efetividade comparam distintas alternativas de intervenção em termos da relação entre o custo e os resultados intermediários. As análises de custo-utilidade comparam distintas intervenções na perspectiva de seu custo e de seu impacto na duração e qualidade da sobrevida

obtida. Por último, mas não menos importante, as análises custo-benefício medem a relação entre o valor monetário dos custos e dos benefícios de determinada intervenção (Brasil, 2008; 2009).

Mais especificamente, na análise custo-minimização calcula-se a diferença entre custos de intervenções alternativas com resultados equivalentes, diferindo essas intervenções apenas nos custos em que incorrem. Quando duas estratégias têm a mesma eficácia terapêutica e as mesmas consequências sobre a saúde do paciente, mas custos diferentes, a estratégia do custo mais baixa é preferível. A análise custo-efetividade é utilizada para identificar a tecnologia, ou intervenção, que pode produzir o máximo de efetividade para um dado custo, ou vice-versa, como obter-se um dado objeto ao menor custo (Brasil, 2008, 2009).

A análise custo-utilidade é preferível quando a consequência seja medida final, como anos de vida salvos ou o principal evento clínico. Esta análise é baseada em estudos em que os custos e os benefícios são calculados em valores monetários, tornando possível determinar se uma nova tecnologia ou intervenção gera um benefício líquido para a sociedade. Porque o valor de todas as consequências é expresso em valores monetários, essas avaliações permitem a comparação não apenas de programas e intervenções em saúde que produzem consequências diferentes, mas também de programas de saúde com outras intervenções externas à área da saúde (Brasil, 2008, 2009).

Algumas vezes, são oportunas ou necessárias as análises de uma única intervenção de saúde, relatando seus custos e consequências, mas sem comparação com outra alternativa. Em outros casos, uma análise comparativa é feita, mas focada apenas nos custos ou nas consequências - por exemplo, uma avaliação dos custos de um dado programa de saúde ou pesquisas clínicas voltadas para estabelecer as consequências ou efetividade de determinadas intervenções médicas. Tais análises devem ser consideradas uma avaliação econômica parcial, e não uma avaliação econômica completa (Sancho; Dain, 2012).

Entre as avaliações econômicas parciais, destacam-se os estudos de custo-consequência que procuram fazer um inventário de todos os custos incorridos por um programa e de todos os resultados positivos ou negativos, que são apresentados separadamente de uma forma desagregada. Quando não é possível vincular recursos aos resultados por meio de um critério explícito, não há avaliações econômicas completas. Estas análises são encaradas como um instrumento de decisão com uma margem mais ampla de liberdade do que as análises econômicas mencionadas. Identifica-se toda a informação que é relevante e útil para a tomada de decisão, coletando e classificando esses dados de acordo com dois aspectos de ação: de um lado, todos os custos que a estratégia envolve, independentemente da sua natureza; e de outro, como são medidos todos os resultados e impactos econômicos que o programa causará. Esses tipos de avaliação podem ser úteis para se ter um quadro do impacto de uma intervenção ou políticas de saúde. Os estudos de custo-consequência

podem também constituir uma base preparatória útil para uma avaliação econômica futura (Brasil 2009).

Segundo Sancho e Dain (2012), a avaliação parcial contempla a descrição ou o exame das consequências e dos custos e a avaliação completa contempla a avaliação da eficácia, ou efetividade, e a análise de custos. Os diferentes tipos de avaliação econômica que podem ser realizados dependem dos vínculos estabelecidos entre os custos e os resultados de uma estratégia terapêutica. Existem estudos que examinam a relação entre custos e consequências ou resultados de uma intervenção. Outro grupo calcula custos e consequências, mas sem estabelecer uma relação ou vínculo entre eles.

De acordo com Brasil (2009), toda avaliação econômica deve estar orientada por uma questão de estudo bem definida, que determine o escopo, o desenho da pesquisa e a técnica mais apropriada, tendo igualmente bem especificadas a intervenção e as estratégias sob comparação, assim como a população-alvo, a perspectiva e o horizonte temporal do estudo.

Quanto ao desenho do estudo, deve-se explicitar se o delineamento da análise econômica está baseado em dados primários ou em modelagem. Recomenda-se sempre que possível, utilizar dados de efetividade ao invés de eficácia, na medida em que os primeiros tendem a refletir a prática clínica em uso. A perspectiva escolhida para os estudos de avaliação econômica deverá ser, preferencialmente, a do Sistema Único de Saúde, explicitando-se claramente se o papel do SUS é como órgão comprador ou prestador de serviços (Brasil, 2009).

As intervenções devem ser avaliadas com base em seus resultados finalísticos, sempre que possível. A obtenção de evidências deve resultar de uma revisão sistemática da literatura sobre a eficácia e a efetividade das intervenções analisadas. Para o desenvolvimento dessas revisões, os pesquisadores devem orientar-se pelas recomendações de agências internacionais para avaliações de tecnologias em saúde (Brasil, 2009).

Estudos de avaliação econômica em saúde vão além do que apenas demonstrar que uma atividade é efetiva, mas qualificá-la em termos de sua eficiência, entendendo que a eficiência é um critério a ser considerado numa avaliação para a tomada de decisão. Demonstrar que uma ação é apenas efetiva é muito pouco, e os estudos devem incorporar a eficiência e a eficácia. Baseado nos estudos teóricos que discorrem sobre avaliação em saúde, verifica-se que a maioria remete à eficiência como um de seus atributos. Seja, por exemplo, a eficiência entendida como a minimização de custos dos insumos, como a maximização de resultados obtidos com um dado nível de recursos ou a minimização de recursos necessários para obter determinado resultado (Sancho; Dain, 2012).

A avaliação econômica em saúde, pautada pela teoria do bem-estar, é caracterizada como aquela que pressupõe um julgamento *ex-ante*. Isto porque a decisão decorre do uso de critérios

racionais para avaliar custos e benefícios. Como consequência dessa característica, a avaliação é também considerada como uma metodologia de síntese, pois seu resultado é obtido por meio de uma abordagem dita consistente, a partir da explicitação do que seria ou não incluído no cálculo dos custos e dos benefícios.

A prática da avaliação econômica em saúde depende do enfoque que se deseja imprimir. Se o objeto sob avaliação tem como perspectiva a minimização do custo de produção, dado um nível de saúde, o objetivo é a racionalidade, mas se a perspectiva é a maximização do nível de saúde dado um orçamento, o objetivo é a eficiência e, em alguma medida, a equidade (Brasil, 2009).

Como exemplos de núcleos de pesquisa sobre economia da saúde da região sudeste pode-se citar o Núcleo de Estudos em Economia da Saúde (NEEDS)[1], da Faculdade de Economia e Administração da USP São Paulo, o Núcleo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade[2] e o Núcleo Observatório de Custos[3] da Faculdade de Economia e Administração da UFMG. O primeiro desenvolve estudos que incluem aspectos macro e microeconômicos de avaliação de projetos e gestão do sistema de saúde, implementação e análise de programas de alimentação, nutrição e influência dos fatores relativos à saúde no crescimento e desenvolvimento econômico. O segundo desenvolve pesquisas na área de economia da saúde e criminalidade e tem atuado com parcerias tanto na esfera acadêmica como no ambiente público-privado e o terceiro busca compreender os gastos (custos, despesas, perdas) e o financiamento no setor saúde

2.8 Suposições filosóficas.

Nesta seção serão abordadas as seguintes suposições utilizadas neste estudo: ontológicas, epistemológicas, axiológicas e metodológicas. Pesquisadores carregam concepções pessoais e filosóficas que, algumas vezes, influenciam a escolha do tipo de problema de pesquisa e abordagem metodológica da coleta de dados. Enraizadas no treinamento acadêmico, essas concepções filosóficas são importantes porque modelam o problema e a questão de pesquisa. Como a Administração, algumas áreas são mais ecléticas e perpassadas por diferentes disciplinas, enquanto outras são estreitamente focadas em um componente específico de pesquisa, um problema específico ou um método específico (Denzin; Lincoln, 2000; Creswell, 2013; 2014; Berg; Lune, 2014).

[1] Disponível em: http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/8922796789402331. Acesso em 07 nov. 2015
[2] Disponível em: https://cedeplar.ufmg.br/pesquisas/grupos-de-pesquisa.html. Acesso em 07 nov.2015
[3] http://observatoriodecustos.com.br/

O aspecto ontológico está relacionado à natureza da realidade e a suas características (Denzin; Lincoln, 2000; Creswell, 2013; Berg; Lune, 2014). Neste aspecto, este estudo abordou múltiplas realidades, de diferentes atores e fontes de evidências. De um lado, construiu-se uma análise sobre determinantes da alocação de recursos na APS, a qual, primeiramente, emergiu da perspectiva de profissionais de diversas áreas e de alguns gestores municipais de saúde. A partir destas múltiplas realidades de diferentes atores, adicionaram-se outras fontes de evidências como observações não participantes e fotografias com uma perspectiva mais associada ao pesquisador. Então, agregaram-se dados e informações de outros níveis institucionais, como relatórios e documentos de outros pesquisadores, do governo estadual e do Governo Federal. Estas múltiplas evidências requerem a abordagem a partir de múltiplas perspectivas de análise.

Com relação à suposição epistemológica, procurou-se aproximar dos participantes e de seu ambiente de trabalho. Inicialmente, foram coletadas evidências subjetivas, por meio da interação dos profissionais nos grupos focais. Então, informações das entrevistas e de outros métodos de coleta de dados foram agregadas para gerar conhecimento por diferentes perspectivas. O conhecimento foi gerado a partir de experiências subjetivas, que substanciaram as análises objetivas do estudo (Denzin; Lincoln, 2000; Creswell, 2013; Berg; Lune, 2014). A primeira parte da coleta de dados ocorreu exatamente onde os participantes estavam trabalhando. As categorias eminentes desta etapa definiram a coleta de dados das outras etapas do estudo. Buscou-se reduzir a distância entre os sujeitos pesquisados e o pesquisador durante a coleta e análise das evidências.

Com relação à suposição axiológica, utilizou-se o sequenciamento de métodos, de uma construção subjetiva para objetiva, com o propósito de amenizar os possíveis vieses causado pelo fato do pesquisador não conviver no cotidiano do trabalho dos profissionais e gestores de saúde. Houve uma imersão do pesquisador no local de trabalho dos participantes entre 2014 e 2015, por meio de visitas à todos os municípios da microrregião analisada com o propósito de reunir maior conhecimento sobre o fenômeno estudado.

Com relação à suposição metodológica, buscou-se combinar a lógica indutiva e a dedutiva de maneira sequencial. A lógica indutiva aplicada na seção 4.1 possibilitou captar elementos que foram aplicados na elaboração dos modelos estatísticos utilizados nas seções posteriores.

Sobre os paradigmas filosóficos utilizados ou visões de mundo (Denzin; Lincoln, 2000; Creswell, 2013; Berg; Lune, 2014), partiu-se de uma construção interpretativa pragmática para a pós-positivista. Na estrutura interpretativa pragmática, a ontologia vê que a realidade é útil, prática e funcional para determinados indivíduos, em determinado ponto do tempo. Para a epistemologia, a realidade é conhecida por meio do uso de diversos instrumentos de pesquisa, que refletem evidências tanto dedutivas quanto indutivas. Com relação à suposição axiológica, os valores são discutidos por causa do modo como o conhecimento reflete a visão tanto do pesquisador quanto

dos participantes da pesquisa. O processo de pesquisa envolve abordagens tanto quantitativas quanto qualitativas na coleta e análise de dados (Jansen *et al.*, 2009; Creswell, 2013; 2014).

O pragmatismo é uma das visões de mundo encontrada neste estudo, por focarem nos resultados da pesquisa como ações, situações e consequências da investigação, ao invés dos antecedentes condicionais, como no pós-positivismo. Ao invés do foco em métodos, um importante aspecto da pesquisa é o problema em estudo e a questão sobre este problema. O pragmatismo não está comprometido com apenas um sistema filosófico ou realidade, os indivíduos estão livres para escolher os métodos, técnicas e procedimentos de pesquisa que melhor atendam às suas necessidades e propósitos (Denzin; Lincoln, 2000; Creswell, 2013; Berg; Lune, 2014).

Este estudo também aborda uma estrutura pós-positivistas, por realizar uma abordagem científica na pesquisa. O pós-positivismo não acredita estritamente na relação de causa e efeito, como os positivistas, porém reconhecem que a causa e o efeito são uma probabilidade que pode ou não ocorrer. É isso que acontece, principalmente, em relação às evidências numéricas usadas neste estudo. Em algumas análises foram utilizadas elementos reducionistas, lógicos, empíricos, orientados para causa e efeito e determinados em teorias a *priori*. É uma característica predominante em estudos quantitativos (Denzin; Lincoln, 2000; Creswell, 2013; Berg; Lune, 2014).

No pós-positivismo, a suposição ontológica recai sobre uma realidade simplificada que existe além de nós mesmos, objetiva. Com relação à suposição epistemológica, a realidade pode apenas ser aproximada, mas ela é construída por meio de pesquisas e estatísticas. A interação com os sujeitos da pesquisa é minimizada e a validade vem de pares, não dos participantes. Com relação à suposição axiológica, o viés do pesquisador precisa ser controlado, e não expresso no estudo. Com relação à suposição metodológica, esta usa o método científico e de escrita. Métodos dedutivos são importantes, como o teste de teorias, especificando importantes variáveis, fazendo comparações entre grupos. As suposições filosóficas de ontologia, epistemologia, axiologia e metodologia tomam diferentes formas, segundo o tipo de estrutura interpretativa utilizado pelo pesquisador (Denzin; Lincoln, 2000; Creswell, 2013; Berg; Lune, 2014).

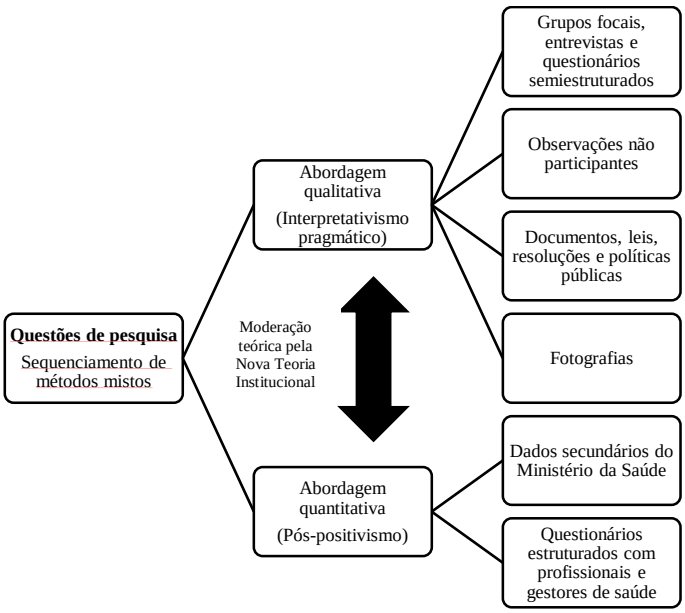
3 CARACTERÍSTICAS E DESENHO GERAL DA TESE

A combinação das visões de mundo pragmática e pós-positivista, desencadeou o uso de diferentes métodos de pesquisa nesta tese. O uso e a combinação destes métodos refletiram a tentativa de assegurar uma compreensão mais aprofundada do fenômeno em questão: a alocação de recursos na APS. A combinação de múltiplas práticas metodológicas, materiais empíricos, perspectivas e observadores em um único estudo é mais bem compreendido como uma estratégia que adiciona vigor, complexidade e riqueza em um ambiente de investigação. O sequenciamento de dados e métodos também pode ser vista como uma forma múltipla e simultânea de realidades (Denzin; Lincoln, 2000, p. 5).

A pesquisa qualitativa abordou a natureza socialmente construída da realidade, o relacionamento entre o pesquisador e o que é estudado. Este tipo de pesquisa buscou resposta para questões de como a experiência social foi criada. Em contraste, os estudos quantitativos enfatizaram a mensuração e análise de relações causais entre variáveis. As pesquisas quantitativas estão associadas com o pós positivismo (Denzin; Lincoln, 2000, p. 5).

A Figura 1 apresenta um esquema simplificado do desenho geral desta tese que foi iniciada em 2012 com o estudo teórico para a definição do problema e dos objetivos da pesquisa. O período de coleta de dados aconteceu entre agosto de 2014 e outubro de 2015.

Figura 2 - Desenho geral da abordagem da pesquisa



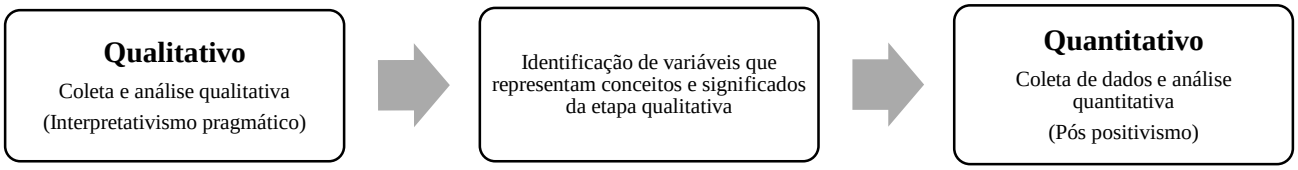
Utilizou-se a combinação e sequenciamento de métodos, partindo da análise qualitativa para a quantitativa. Este sequenciamento de métodos permitiu revelar forças e minimizar fraquezas

das pesquisas puramente qualitativas ou quantitativas. Os estudos mistos consideram que, epistemologicamente, realidades objetivas e subjetivas, às vezes, se colidem ou se encontram (Jojnson; Onwuegbuzie, 2004).

A combinação de métodos não tem a intenção de resolver as diferenças metafísicas, epistemológicas, axiológicas e metodológicas entre as posições qualitativas e quantitativas. Os métodos mistos devem usar uma filosofia capaz de se ajustar, ao mesmo tempo, aos insights providos pela pesquisa qualitativa e quantitativa em uma solução prática (Turner, 2003; Jojnson; Onwuegbuzie, 2004).

A Figura 3 exibe uma simplificação da combinação sequencial dos métodos utilizados neste estudo.

Figura 3 – Simplificação da combinação sequencial de métodos da tese



A Figura 2 está mostrando que a decisão das variáveis utilizadas no estudo quantitativo veio a partir das interpretações oferecidas pela análise qualitativa. Este método foi escolhido por questões axiológicas, com a intenção de reduzir o viés causado pelo fato de o pesquisador não estar inserido no cotidiano do trabalho dos profissionais e dos gestores de saúde, nos municípios analisados.

Quanto à abordagem do problema e à operacionalização das variáveis, a pesquisa é qualitativa nas análises dos grupos focais, entrevistas, questionários semiestruturados, observações não-participantes, resoluções do governo e fotografias. É quantitativa no levantamento, tabulação e análise dos dados secundários e da survey aplicada aos profissionais e gestores de saúde.

Esta pesquisa é compreendida pela combinação de partes com características exploratória, descritiva e causal. É exploratória na medida em que busca compreender fenômenos que influenciam a alocação de recursos na Atenção Primária. É descritiva quando faz a descrição destes fenômenos e de suas interações. E, por fim, é causal porque tenta estabelecer uma relação de causa e efeito entre a influência dos fatores determinantes da alocação de recursos na APS e o desempenho da saúde nos municípios de Minas Gerais.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo compõe com as seções 4.1, 4.2, 4.3 e 4.4, a análise dos resultados da tese. A seção 4.1 apresenta os resultados de uma análise qualitativa em uma microrregião de saúde de Minas Gerais que inclui 94 profissionais e gestores de saúde de pequenos municípios. A seção 4.2 apresenta a análise quantitativa de 238 questionários estruturados nesta mesma região de saúde. Os capítulos 4.3 e 4.4 apresentam análises quantitativas para verificar o tamanho do impacto das despesas municipais de saúde em pequenos municípios, englobando os 853 municípios do Estado de Minas Gerais.

4.1 Fatores determinantes da alocação de recursos nos pequenos municípios – parte I

Esta seção trata-se de uma análise qualitativa em nove municípios de uma das microrregiões de saúde de Minas Gerais. Aplicou-se a técnica de análise de conteúdo convencional nas várias fontes de evidências coletadas ao longo das visitas aos municípios, com o propósito de explicitar as categorias que agrupam alguns dos fatores determinantes da alocação de recursos na APS.

Os resultados permitiram destacar oito categorias que descrevem fenômenos importantes na alocação de recursos: a) princípios e diretrizes da Atenção Primária; b) gestão de recursos e planejamento; c) participação social, informalidade e comunicação; d) Rede de Atenção à Saúde; e) perfil profissional e capacitação; f) políticas públicas e financiamento; g) profissionalismo; h) mandonismo e clientelismo municipal.

As categorias apresentaram a alocação de recursos na APS permeada por agências de atores que interagem entre si, influenciando o desempenho da RAS na microrregião analisada.

4.1.1 Métodos da análise qualitativa na microrregião de saúde

Entre março de 2014 e agosto de 2015, realizou-se uma análise qualitativa que incluiu nove municípios de uma microrregião de saúde de Minas Gerais. Os dados primários coletados consistiram de evidências coletadas nos grupos focais, entrevistas, questionários semiestruturado com profissionais da APS e gestores municipais de saúde. Adicionalmente incluíram-se fotografias, observações não-participante e documentos do governo estadual e federal para complementar as fontes de evidências desta etapa. Entre algumas das dificuldades da coleta de dados, cita-se que alguns profissionais não aceitaram participar dos grupos focais ou, em alguns

casos, houve incompatibilidade de horário entre os profissionais para reunir uma equipe multiprofissional. Para amenizar estes problemas, propôs-se uma hierarquia de métodos para a coleta de dados, em que o preferencial foi o grupo focal, por possibilitar a obtenção de interação entre profissionais de diferentes áreas. Quando o grupo focal foi desfalcado por algum sujeito relevante, buscou-se um meio de entrevistá-lo. Quando este sujeito não aceitou participar da entrevista, pediu-se-lhe que preenchesse um questionário semiestruturado, baseado no protocolo de grupo focal e entrevistas. Com esta estratégia, foi possível obter a participação de grupos multidisciplinares em todos os municípios. As entrevistas e os questionários semiestruturados foram necessários para alguns médicos e secretários de saúde. A gestão de um dos municípios não aprovou a coleta de dados, exceto para a observação não participante e fotografias que analisaram áreas públicas.

A coleta de dados sempre se iniciou com uma visita ao município, para apresentar a proposta da pesquisa, os instrumentos de coleta e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesta visita inicial, geralmente, as visitas subsequentes já eram agendadas para executar outras etapas da coleta de dados. Durante este período, inúmeras visitas foram realizadas em todos os municípios, exceto naquele que a gestão municipal não autorizou a pesquisa.

As visitas foram realizadas para completar os relatórios de observação não participante, os grupos focais e as entrevistas e para buscar questionários estruturados, entregues com atraso por alguns profissionais. Mas o principal motivo para repetir as visitas prendia-se ao cancelamento de alguma etapa da coleta de dados sem o prévio aviso. Estes momentos foram usados para preencher o diário de campo das observações não participantes e fotografar o ambiente público.

Tabela 1- Área e população estimada

Município	Extensão	População estimada	Número de Equipes de Saúde da Família	Número de profissionais
1	303,4	8.454	4	32
2	83,4	4.135	3	22
3	175,1	4.729	3	37
4	268,7	9.605	6	48
5	163,8	3.414	3	32
6	285	10.955	5	36
7	152,3	6.991	4	37
8	166,5	11.745	5	66
9	299,4	76.147	17	918

Fonte: Estimativa/IBGE/TCU 2013, DataSUS/2015 e CNES Recursos Humanos no SUS/2015

O interesse pelo significado social que os sujeitos atribuem às experiências, circunstâncias e situações levou ao uso de uma abordagem qualitativa. A integração do grupo focal com entrevistas individuais permitiu a construção de processo interativo que aprofundou as

circunstâncias individuais e contextuais em torno do fenômeno, reforçando a confiabilidade dos achados (Lambert; Loiselle, 2008). Os sujeitos entrevistados são os principais responsáveis pela organização e execução da Atenção Primária nos municípios e possuem informações primordiais sobre o cotidiano da saúde.

A microrregião de saúde analisada está localizada no sudeste do estado de Minas Gerais e é formada por nove municípios. O município referência (número 9) foi mantido na análise por ter profissionais e gestores que detém informações importantes sobre os municípios menores. A Tabela 1 descreve algumas características desta microrregião.

O Quadro 5 apresenta apenas algumas das portarias e resoluções selecionadas como referência para complementar as análises, tendo em vista que o setor saúde possui inúmeras regulamentações tanto da União quanto do estado. Estas resoluções e portarias foram escolhidas por serem uma amostra das mais recentes encontradas até a data de início das análises destes dados, em janeiro de 2015 e foram incorporadas na análise de conteúdo juntamente com as outras evidências empíricas.

Quadro 5 – Portarias e resoluções utilizadas na análise de conteúdo

Resolução SES/MG 4.337, de 21 de maio de 2014	Estabelece as normas gerais de adesão, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro para aquisição de mobiliário e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS)
Resolução SES/MG 4.584, de 09 de dezembro de 2014	Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro mensal para as Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.
Resolução SES/MG 4.215, de 18 de fevereiro de 2014	Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avalição do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa.
Resolução SES/MG 4.244, de 19 de março de 2014	Institui regras gerais para modificação das propostas contempladas para construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das Resoluções SES/MG nº 3.561, de 7 de dezembro de 2012 e 3.771, de 12 de junho de 2013.
Política Nacional da Atenção Básica (Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011)	Prioridade da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e participação social.
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Portaria 2.666, de 4 de dezembro de 2014)	Programa com objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS.
Indicadores municipais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015	Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015, estabelecidos pela resolução 5 da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de junho de 2013.

Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2015)

A Tabela 2 apresenta informações sobre os grupos focais, entrevistas e questionários semiestruturados. Foram realizados onze grupos focais, seis entrevistas e dois questionários semiestruturados. Neste processo, participaram noventa e quatro sujeitos, incluindo profissionais

da Atenção Primária e da gestão municipal de saúde, com um tempo total de gravação de áudio de onze horas e vinte minutos. As gravações foram analisadas juntamente com as fotografias, relatórios de observações não participantes e as portarias e resoluções selecionadas na análise de conteúdo convencional.

Segundo Berg e Lune (2014), o grupo focal permite a compreensão dos aspectos relacionados à consciência, semiconsciência e inconsciência psicológica, características socioculturais e processos entre vários grupos. Enquanto as entrevistas em grupos são, algumas vezes, usadas para coletar dados de um grupo de pessoas, simultaneamente, o grupo focal usa a interação do grupo como parte do método de coleta de dados. Uma importante distinção entre grupo focal e a entrevista face a face é a habilidade de observar interações entre o tópico discutido durante a sessão de grupo. Significados e respostas que emergem do grupo focal são socialmente construídos ao invés da criação individual (Berg; Lune, 2014).

Procedeu-se à transcrição *verbatim* de cada gravação, incluindo notas sobre alguma interação importante observada durante o grupo focal e entrevista. Na etapa seguinte, concomitantemente, analisou-se o conteúdo das discussões, fotografias, observações não participantes, resoluções e portarias utilizando a técnica de análise de conteúdo convencional (Hsieh; Shannon, 2005; Berg; Lune, 2014). Por meio do software NVivo 9, foram agrupados, simultaneamente em um único arquivo, as análises simultâneas das diferentes fontes de evidências utilizadas neste estudo. Nesta técnica, as categorias codificadas foram derivadas diretamente dos dados, por meio de similaridades de palavras, imagens e sentidos.

Na aplicação da análise de conteúdo, inicialmente, realizou-se uma completa audição, leitura e interpretação de todas evidências coletadas. Em seguida, cada evidência foi analisada separadamente em busca de palavras-chaves que estariam associadas ao objetivo desta tese. Baseando-se em similaridades, as palavras chaves, que poderiam ser frases, parágrafos, fotos ou observações, foram codificadas, formando as categorias que foram apresentadas nos resultados. Algumas palavras-chaves foram apresentadas para ilustrar os sentidos adquiridos pelo pesquisador na análise dos resultados. A identificação de palavras chaves, considerou o processo interativo de coleta de dados entre diferentes sujeitos e diferentes perspectivas, sendo uma construção social e não individual. As palavras chaves que ilustram as análises serão identificadas pela fonte de evidência e o município de origem, não pelo sujeito participante que teve a identidade mantida sob sigilo.

Tabela 2 – Informações sobre a coleta de dados primários: grupos focais, entrevistas e questionários semiestruturados

N	Município	Tipo	Quantidade	Participantes	Duração	Data
1	Município 2	Grupo Focal	4	1 médico, 2 enfermeiros, 1 fisioterapeuta	33 min	26/08/2015
2	Município 2	Entrevista	1	1 secretário municipal de saúde	1h53min	06/08/2015
3	Município 3	Grupo focal	16	10 ACS, 1 nutricionista, 2 dentistas, 2 enfermeiros, 1 técnico de saúde bucal	32 min	07/11/2014
4	Município 3	Questionário semiestruturado	1	1 médico	-	20/08/2015
5	Município 4	Grupo focal	7	1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 coordenadora da Atenção Primária (enfermeira), 3 ACS.	1h13min	03/11/2014
6	Município 4	Grupo focal	14	10 ACS, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem.	1h07min	20/11/2014
7	Município 4	Grupo focal	9	5 ACS, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 secretário municipal de saúde	46 min	20/11/2014
8	Município 5	Entrevista	1	1 médico	24 min	06/07/2015
9	Município 5	Grupo focal	11	5 ACS, 1 nutricionista, 2 dentistas, 2 enfermeiros, 1 técnico de saúde bucal.	45 min	25/02/2015
10	Município 5	Entrevista	1	Secretário municipal de saúde	39 min	21/08/2015
11	Município 6	Grupo focal	4	1 coordenadora do ESF (fisioterapeuta), 2 ACS, 1 enfermeira	28 min	27/04/2015
12	Município 6	Entrevista	1	1 secretário municipal de saúde	21 min	27/04/2015
13	Município 7	Entrevista	1	1 médico	21 min	04/08/2015
14	Município 7	Grupo focal	5	1 coordenador do ESF (enfermeiro), 3 técnicos de enfermagem, 1 ACS	41 min	04/08/2015
15	Município 7	Grupo focal	2	1 coordenadora de epidemiologia municipal, 1 coordenadora da vigilância sanitária	30 min	06/08/2015
16	Município 8	Grupo Focal	4	1 coordenadora da estratégia de saúde da família (enfermeira), 2 enfermeiros, 1 secretário municipal de saúde	21 min	06/08/2015
17	Município 9	Questionários semiestruturada	1	1 médico	-	30/04/2015
18	Município 9	Grupo Focal	10	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 7 ACS	19 min	21/08/2015
19	Município 9	Entrevista	1	1 secretário municipal de saúde	27 min	21/08/2015
Total			**94**		**11h20 min**	

Fonte: Resultados da pesquisa

4.1.2 Resultados da análise qualitativa na microrregião de saúde

Nesta seção, serão apresentadas as 8 categorias que emergiram das análises das evidências coletadas: 1) Princípios e Diretrizes da Atenção Primária; 2) Gestão de Recursos e Planejamento; 3) Participação Social, Informalidade e Comunicação; 4) Rede de Atenção à Saúde; 5) Perfil Profissional e Capacitação; 6) Políticas Públicas e Financiamento da Saúde; 7) Profissionalismo; 8) Mandonismo e Clientelismo Municipal. Ao longo da descrição das análises, serão apontadas palavras chaves que representam os principais sentidos da categoria analisada.

4.1.2.1 Princípios e Diretrizes da Atenção Primária

> "[A Atenção Primária] é essencial; é a porta de entrada de todos os usuários, onde a gente faz capitação, onde a gente capta, né? É o contato direto com o paciente. Acho que é essencial [...] todo o município é a Atenção Básica[...]. É captar, um olhar do dia a dia, ainda mais por se tratar de uma cidade pequena [...]. - **Transcrição 15 - Município 2**

Os princípios da APS são percebidos como importantes para os profissionais da Atenção Primária e os gestores municipais de saúde envolvidos, principalmente o acesso, a equidade, a integralidade, a participação social, a promoção e a prevenção. Essa percepção mostra a influência do Estado sobre as ações dos sujeitos analisados e sobre a reorganização do modelo de atenção à saúde nestes municípios. Os participantes relataram sobre os esforços para alcançar alguns destes princípios, porém destacaram pontos fracos que limitam o alcance por completo. Eles revelaram que alguns princípios podem, ao mesmo tempo, ser um ponto positivo e negativo, dependendo da comunidade atendida. Por exemplo, no caso da acessibilidade, uma comunidade pode ter obtido melhorias no acesso com a inauguração de uma nova UBS, enquanto outra comunidade que ainda possui problemas de infraestrutura apresenta limitações. Então, existem diversas particularidades no cotidiano do trabalho dos profissionais e nas comunidades, variando do sucesso ao fracasso dentro de um mesmo município.

Destaca-se a ampliação do acesso e da cobertura obtida a partir da expansão da Atenção Primária. A trajetória do setor saúde destes pequenos municípios esteve vinculada à falta de acesso aos procedimentos de saúde. A APS também trouxe amplitude na cobertura, com equipes multidisciplinares e com o trabalho da busca ativa que não era utilizado nos modelos de atenção predominante no País antes da PNAB. Porém, a inserção de novos profissionais na saúde destes municípios ainda é um fenômeno recente, incluindo aqueles profissionais não médicos que estão

no município a menos de cinco anos, principalmente os profissionais do NASF e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Percebe-se que o maior acesso e cobertura é uma das particularidades dos pequenos municípios, principalmente, por causa da menor razão entre população e equipes de saúde, da maior proximidade entre indivíduos e da informalidade no processo de comunicação. Isso também ficou evidente na comparação dos municípios menores com seu município referência, que possui a maior população e uma Rede de Atenção à Saúde mais completa, com serviços de média e alta complexidade. O município 9 possui, aproximadamente, 70% de cobertura, o que equivale ao menor percentual entre os municípios da microrregião. Os participantes destacaram que a maioria dos pequenos municípios possui quase 100% de cobertura de APS. Então, o tamanho da população e as características dos pequenos municípios influenciam o acesso e a cobertura. A cobertura de, aproximadamente 100%, inclui a maioria dos programas oferecidos à população, como Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF, CRAS, Mãe de Minas, Farmácia Popular e Saúde em Casa. Na maior parte dos casos analisados, duas ou três equipes de saúde dividem a área urbana e a rural do município. Porém, a infraestrutura e o acesso são melhores na zona urbana do que na zona rural.

> "O que eu acho aqui que é muito bom [...] é o número de população para cada equipe, que eu acho que é um número, assim, bom. Tem locais que, tipo assim, uma equipe tem cinco mil habitantes, uma equipe tem quatro mil habitantes. Aqui não, cada equipe tem dois mil habitantes. Eu acho que isso aí é um número ideal. Se fosse mais do que isso, talvez a gente não daria conta, igual em outros locais. " - Transcrição 1 – Município 2.

Apesar da expansão mencionada, ainda se pode questionar se o acesso e a cobertura estão sendo alcançados com equidade. Perceberam-se debilidades nas estruturas das UBS, mesmo aquelas mais recentes. Entre essas debilidades citam-se: a falta de acesso para pessoas com necessidades específicas, a divisão e compartilhamento de espaços, prejudicando a alocação das equipes em salas e o atendimento do usuário. Em uma mesma UBS foram encontrados profissionais que trabalham com estrutura adequada, enquanto outros não. Outro ponto é que, algumas vezes, apesar de existir o acesso, este não vem sempre na hora que o usuário necessita. O acesso também esbarra nas limitações da integralidade da RAS.

Nesses municípios, a APS é o principal contato do cidadão com o sistema de saúde. Além do acesso e da cobertura, a integralidade foi destacada como uma das diretrizes importantes e que ainda precisa evoluir. O fluxo e o contrafluxo dos usuários não têm funcionado corretamente, causando problemas no cuidado da saúde. Observou-se que o problema da integralidade está tanto dentro do município, por causa de questões gerenciais e tecnológicas, como também nos demais níveis da rede de atenção, que ainda focam apenas na doença e não repassam informações para

que o contrafluxo seja realizado. A média e a alta complexidade ainda não se comunicam com a Atenção Primária dos pequenos municípios analisados.

A gestão de recursos materiais e humanos também é um fator que influencia a integralidade, tendo em vista que os municípios apresentam problemas com logística de transporte, falta de infraestrutura adequada, insumos e falta de vagas para exames e consultas especializadas. A integralidade foi relatada como um problema de toda a RAS e que não depende somente da Atenção Primária do município, mas também dos outros níveis de atenção. Foi constatada a deficiência na organização da rede para fluxo de informações ao longo dos níveis de atenção, sendo que o foco da operação se concentra na realização de encaminhamentos.

Com relação às práticas de promoção e prevenção, identificaram-se aquelas voltadas para a produção de serviços e para o encaminhamento dos usuários para especialidades, urgências e emergências. As práticas de prevenção estão limitadas aos indicadores das resoluções estaduais e federais que condicionam a transferência de recursos financeiros e as ações de promoção às palestras esporádicas. Foi relatado que os municípios têm apresentado uma demanda espontânea que tem superado a oferta de serviços de urgência e emergência do município. Isso tem resultado na coexistência de uma Atenção Primária com a proposta de reorganização do sistema de saúde, com uma Atenção Primária que ainda foca no atendimento da demanda espontânea e com baixa resolutividade. Isso vem de uma trajetória do sistema de saúde. Algumas questões simbólicas reforçam a coexistência de modelos de Atenção Primária, como o funcionamento de UBS em hospitais desativados e o fato de a população se referir às UBS como hospitais.

As atividades de promoção e prevenção que os profissionais e gestores relataram têm focado em gestantes, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos, usuários de álcool e drogas e beneficiários do Bolsa Família.

> Então, assim, é um desafio muito grande, porque quando você recebe um paciente, você está esperando que o paciente venha até você. É muito mais fácil que é o caso da urgência. Na urgência, o paciente chega, e você precisa resolver o problema dele ali, e você precisa só resolver o problema dele ali, e acabou. Agora, na Atenção Básica, não; é você que tem que falar com ele que precisa dele ali. Ele não está vendo que ele precisa. Então, é bem desafiador. – Transcrição 5 – Município 4

A melhoria do acesso e da qualidade da saúde nestes municípios ainda é percebida pelo acesso ao profissional médico e a especialidades. Houve reclamações de faltas de especialidades, consultas e exames, o que leva a refletir se a Atenção Primária está sendo resolutiva, como tem sido proposto pelas políticas públicas, ou se está dando acesso aos usuários aos serviços de média e alta complexidade que eram escassos sem a Estratégia de Saúde da Família. Os participantes

percebem como um desafio a busca ativa do usuário e a mudança de sua percepção de que a saúde não deve ser tratada somente no momento de doença.

Existe uma demanda latente no município manifestada com a introdução da Atenção Primária e que tem superado a oferta, principalmente com relação às especialidades e exames. De outro lado, a própria limitação da oferta de serviços especializados e de procedimentos nos outros níveis da Rede de Atenção à Saúde tem obrigado os profissionais da Atenção Primária a resolverem os problemas ali mesmo, dentro do município, tornando-a mais resolutiva.

> [...] Mas aqui tem o apoio do NASF, tem fisioterapeuta na unidade, fonoaudiólogo, dentista. Então, a população tem acesso à muitas especialidades que em alguns locais eu não vejo. Em outros municípios eu não vi até então, né? Então, tem acesso à outras especialidades que podem auxiliar no tratamento da Atenção Básica, e aí eu achei interessante assim. Não é só o médico, porque, às vezes, o olhar é muito voltado para o médico, né, mas não é só o médico na unidade, mas existem muitos outros profissionais que auxiliam da mesma forma na atenção à saúde. – Transcrição 6 – Município 4

Uma mudança importante que vem acontecendo no setor saúde destes municípios é a incorporação de diversos profissionais além do médico na produção da saúde. Se antes o município buscava resolver os problemas de saúde somente por meio do profissional médico, a partir de então tornam-se presentes diversos profissionais, que buscam resolver diferentes problemas nas comunidades. Observou-se preocupação com o ambiente psicológico e social do cidadão para produzir saúde, com relatos de que estas ações são recentes nos municípios. De outro lado, ainda existem barreiras a serem superadas, pois apesar do aumento da quantidade e da qualidade dos profissionais, ainda falta comunicação entre eles e reconhecimento da sociedade sobre o papel destes no sistema de saúde. Também, houve relatos de que existem profissionais que ainda não compreendem seu papel na APS e focam no encaminhamento de pacientes para especialidades.

> Porque a equidade em um município pequeno como esse aqui a gente não tem nem como avaliar, porque todo mundo aqui, não tem rico, não tem milionário. Então, todo mundo tem um acesso igual. Agora está precisando mais é um caso de câncer, a saúde volta para ele. Aí, a gente usa equidade. Ah! Um caso de tratamento no Rio de Janeiro. Pode ser rico, milionário, o que for. Falar que eles vão pagar, eles não vão. Aí a gente volta para ele. Esses dois, a universalidade e integralidade, a gente volta para eles, junto com a equidade. – Transcrição 10, Município 5.

Outro ponto destacado nesta categoria foi a equidade. A ampla cobertura das equipes de Atenção Primária, a menor proporção de população por equipes de saúde, a existência de relações informais, clientelismo político e similaridade do nível de renda dos cidadãos destes municípios, tudo isso levou os participantes a destacarem a equidade. A limitação da oferta de serviços na RAS costuma trazer debates entre os profissionais e a gestão sobre quais indivíduos mais necessitam de certos tipos de serviços. Então, surgem diversos fatores que impactam a equidade da atenção.

A maior proximidade da gestão municipal e dos profissionais de saúde com a população facilita a identificação das principais necessidades da comunidade e dos indivíduos com atendimento prioritário. Porém, mesmo assim ainda existem laços informais e intervenções políticas que distorcem a hierarquia de necessidades e causam inequidades na saúde municipal.

> [...] Hoje é uma minoria que é daqueles, assim desfavorecidos. A maioria tem bolsa família, tem quem trabalha, tem um monte de gente que tem aposentadoria dentro de casa. Por exemplo, a minha área é zona rural, muito extensa. São poucos que você vai e são aqueles menos favorecidos de verdade. [...] Então, hoje não tem essa diferença de quem que é SUS é aquele que tem poder aquisitivo baixo não. Hoje, a briga pelo SUS é todo [nome do município]. Em cidade pequena, mas acho que em todos municípios a realidade é a mesma. Todo mundo, desde aqueles mais ou menos favorecidos, [até] aqueles que moram na mansão, quer o mesmo exame daquele que mora lá debaixo da ponte [...]" – Transcrição 15, Município 7

Mas uma questão destacada é que, muitas vezes, indivíduos com maior necessidade de atenção à saúde não procuram os centros de atendimento por falta de recursos para ir até lá, por falta de instrução sobre a necessidade do atendimento ou por não receber outro profissional que não seja o profissional médico. Geralmente, isso mostra como a busca ativa, a educação e as atividades de vigilância em saúde são importantes para amenizar as inequidades da atenção à saúde.

> Seja as agentes na casa do paciente, sejam os profissionais do NASF, juntamente com as enfermeiras, fazendo os grupos, seja exames, todos participam. (...) De promoção existem os grupos educativos, (...) grupos operativos já existentes que é o hiperdia, puericultura, pré-natal, né, e de prevenção, né. De prevenção? Prevenção e promoção? Inclui tudo, né. A prevenção inclui os exames que são feitos, exames de sangue, mamografia, preventivos. (...) Dentro dessas atividades, também, né, de prevenção e promoção, tem a questão do PSE (Programa Saúde na Escola) que também é executado. É tipo assim, e aqueles calendários que já são predeterminados, né; Outubro Rosa, Novembro Azul. São atividades de prevenção... promoção e prevenção, que a gente faz. E o principal também são as visitas domiciliares que as agentes de saúde que fazem, né, que eu acho que é o principal canal. Assim, tem coisas que a gente também faz, né. É igual a [nome] falou: tem o grupo da terceira idade também que a gente participa ativamente. A gente, geralmente, vai fazer uma ação educativa a respeito disso (...) – Transcrição 5, Município 4.

As atividades de prevenção e de promoção são outro ponto importante observado nas evidências coletadas. De outro lado, apesar de as Políticas Públicas incentivarem ações de promoção e prevenção, percebe-se que elas estão vinculadas aos instrumentos de financiamento baseados em quantidade de produção de serviços. Conquanto no nível macroinstitucional, o governo estadual e o Governo Federal, tenham se esforçado, mediante o uso de regulamentos, para mudar a estratégia da saúde, no nível microinstitucional existem agências de atores que buscam adaptar essas metas as suas condições comunitárias de escassez de recursos e, mesmo, oportunistas. Essa coerção tem tornado o pequeno município como "caçador de transferências

financeiras", focando mais nas metas do que nas necessidades da comunidade. Para exemplificar o impacto da agência microinstitucional na estratégia macroinstitucional pela "coerção da transferência", analisam-se três relatos de diferentes sujeitos.

Primeiro, o exemplo do indicador 2 da Resolução SES 4.584, de 9 de dezembro de 2014, "Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada". O numerador deste indicador é o número de pessoas participantes da ação coletiva de escovação dental supervisionada, realizada em determinado local e período, dividido pelo período. Foi relatado que o município possui diversas metas a serem alcançadas, algumas de diferentes programas. Em determinada época, pode acontecer alguma contingência no município que atrasa o cumprimento de ações (por exemplo problema com veículos). Por estar próximo do período de vencimento do prazo de envio do relatório de metas (prestação de contas), o município procura executar o máximo possível de ações para não perder as transferências financeiras. Então, para atender ao numerador do indicador citado, a gestão municipal programa que a atividade seja realizada duas ou mais vezes em um mesmo local e contemplando os mesmos indivíduos. Apesar de estas ações atenderem às metas solicitadas, este tipo de oportunismo produz inequidades entre as comunidades.

Segundo, são as campanhas de vacina. Se próximo do prazo de vencimento do envio das metas o município não tiver alcançado os resultados desejados, a gestão municipal realiza uma mobilização com os profissionais para irem às casas dos usuários com perfil para aquela imunização, até completar a meta.

Terceiro exemplo, os aspectos éticos. Foi relatado o envio de informações falsas para a prestação de contas à SES/MG e ao Ministério da Saúde.

Apesar de a estratégia induzir ações de ação e promoção, no nível microinstitucional têm-se agências que interpretam estas políticas públicas e podem transformá-las em ações pouco humanizadas. Da publicação da estratégia até a execução das atividades existem diversos fatores que influenciam o processo que não são captados somente por uma análise macro institucional.

> Nós temos um departamento de Vigilância em Saúde, que trabalha muito bem a questão dos indicadores e das metas. Então, a interação da Atenção Básica, Atenção Primária, com esse Departamento de Vigilância em Saúde no acompanhamento desses indicadores e dessas metas tem feito de maneira bastante importante e traz resultados para nós tanto com relação aos resultados assistenciais, como com relação aos indicadores de assistência também. E são importantes porque você, atingindo determinadas metas, determinados indicadores de assistência (...) você tá... isso redunda em vinda de recursos, de incentivos e tal. – Transcrição 19, Município 9

4.1.2.2 Gestão de recursos e planejamento

Esta categoria traz análise da gestão de recursos e o planejamento que as evidências apresentaram como determinantes para a alocação de recursos na Atenção Primária. Entre estes fatores, foram destacados, principalmente: compras públicas, logística de transporte, falta de planejamento da gestão municipal e equipes de saúde.

As compras públicas da prefeitura foram apresentadas como determinantes para o processo de alocação de recursos na saúde municipal. Os profissionais alegaram uma desvinculação entre o setor de planejamento e o de compras. Como consequência, existem materiais importantes para a execução de ações que não são solicitados na data programada ou são entregues fora das especificações.

Existe a falta de gestão de processos no setor de Compras da prefeitura. Com isso, a informalidade e as assimetrias de poder influenciam o processo de compra. Existe o relato de que, algumas vezes, gestores da saúde precisam ir no setor de Compras públicas para perguntar se o material solicitado para determinada ação já está disponível. Outro relato mostrou que existem materiais que chegam, mas o setor de compras não informa aos profissionais da saúde, que acabam não utilizando o material naquela ação, mesmo já estando disponível para seu uso.

A qualidade dos produtos comprados e o prazo da entrega são questionados pelos profissionais e pelos gestores de saúde. Também destacaram que o município tem escassez de fornecedores em razão das características econômicas e que existe uma dependência de fornecedores de outras cidades, o que dificulta o processo de comunicação, troca de produtos e solicitação de orçamentos.

> Então, da parte odontológica acaba que perde um pouco de qualidade de algum produto, alguma coisa assim, porque as pessoas que ficam responsáveis pela compra não são pessoas que entendem de odontologia. Então, eles compram os materiais olhando o preço. Então, acaba que prejudica um pouco os materiais. – Transcrição 5, Município 4

Houve relatos de que em alguns casos a compra de materiais e insumos considera mais a disponibilidade de recursos do que as necessidades e a manutenção de estoques adequados. Ou seja, se existe um recurso para a aquisição de determinado medicamento, o foco é gastar todo recurso pois senão o "dinheiro volta", como relataram alguns participantes. Isso gera um problema para o município e uma ineficiência da aplicação dos gastos públicos. Às vezes, recursos materiais são comprados em excesso e outras vezes recursos essenciais faltam.

Ainda sobre as compras públicas, mereceram destaque: a baixa participação dos profissionais no processo de compra, a escassez de fornecedores nos municípios e a fata de

sincronia entre o prazo de execução de determinado programa e o prazo de realização de licitações. Os profissionais dependem do setor de Compras públicas, que atende todo o município. Mesmo com a compra realizada, muitas vezes, os recursos não chegam no momento necessário, prejudicando as ações de saúde.

> E outro problema que a gente está enfrentando é o seguinte: nossa licitação de janeiro a dezembro, nesse período. E o problema que a gente está enfrentando é o seguinte: conseguir medicamentos de janeiro até maio. Por quê? Abril e maio é a época do reajuste de medicamentos. Então, se tentar conseguir orçamento com os laboratórios, não se conseguia, porque sabe que vai ser reajustado uma hora, e aí é uma coisa que estava agarrando muito. Aí, agora, nós mudamos para ata de registro de preços, porque, ao invés da gente fazer de janeiro a dezembro, a gente faz de maio a maio. Então, a gente não vai ter este período de entressafra. Você vai ter que ter o cumprimento da ata de registro de preços durante esse período. (...) O outro setor [Compras] batia o pé e falava que a licitação tinha que ser de janeiro a dezembro". – Transcrição 2, Município 2.

Outro ponto importante é a questão de fornecedores. Os pequenos municípios possuem menor poder de barganha, principalmente quando negociam com grandes laboratórios. Este menor poder de barganha também acontece com fornecedores de outros municípios vizinhos. A baixa atividade econômica destes pequenos municípios requer a busca por fornecedores em outras cidades. Além da dificuldade de negociação com fornecedores, alguns pequenos municípios enfrentam atrasos no recebimento de orçamentos e nas entregas, devolução e troca de produtos.

> Quanto a recursos materiais, o problema que eu acho, ao meu ver, o problema maior é quanto a fornecedores. A gente solicita e tem um respaldo quanto a atenção e tem uma resposta do executivo, da secretaria. Porém, muitas vezes, aqueles recursos não são entregues no tempo certo, no tempo que a gente necessita ou com a qualidade que a gente solicitou – Transcrição 3, Município 3

Ainda com relação às compras públicas, existe a falta de credibilidade de alguns municípios por causa de inadimplência ou atraso de pagamentos. Existem municípios que são reconhecidos como mal pagadores, e os escassos fornecedores que costumam atender àquela região, muitas vezes, dificultam até o envio de orçamentos de compra.

Outro ponto destacado nesta categoria foi a questão do planejamento e gestão de recursos. Um dos relatos sobre um caso do Ministério da Saúde procura exemplificar como este ponto é importante para a RAS e para eficiência dos gastos público da saúde.

> Teve uma época lá que o pessoal, era aquela época daquela gripe, da gripe do H1N1. E, aí, o Ministério da Saúde comprou muito Oseltamivir, que é o remédio para tratar. [Comprou] muito mesmo. E aí tinha os critérios para quem a gente ia passar, tipo assim, de mais grave, tal, tal e tal. Foi chegando uma época que tinha muito medicamento. O que eles fizeram? Vai perder medicamento? Vamos diminuir esses critérios. Agora, a pessoa que nem é tão grave pode passar também. Isso não acontece só com isso. Você vê várias [situações] - Transcrição 1, Município 2

Com relação aos recursos humanos, ainda existem a ausência de alguns profissionais relevantes em algumas equipes e problemas na distribuição destes recursos humanos dentro do município. Novamente, observaram-se relatos de informalidade e de clientelismo político que influenciam a alocação de recursos. Como exemplo, um profissional pode acabar sendo alocado em determinado bairro porque é mais próximo de sua casa, mesmo que aquela região não necessite daquele tipo de profissional, provocando equipes desfalcadas em outros bairros. Apesar do aumento do número de profissionais na saúde, ainda existem inequidades na alocação entre as unidades e dentro das unidades, além da existência de desvio de funções.

Outro ponto com relação à gestão de recursos humanos prende-se à maneira como os contratos de trabalho são realizados. Muitos profissionais são contratados, principalmente por influência de forças políticas, relações familiares e laços de amizades. Os profissionais são substituídos com relativa frequência, principalmente, na troca de gestão municipal, gerando perda de vínculo entre profissionais e população.

A gestão da logística de materiais e informações também foi apresentada como um fator importante, principalmente o transporte. A APS tem manifestado uma demanda para encaminhamentos aos serviços de média e alta complexidade em outros municípios, gerando o aumento da necessidade do transporte. Outro fator que aumenta a necessidade de transporte são as visitas domiciliares dos profissionais de saúde dentro do município. Todos os dias, veículos dos municípios levam dezenas de usuários para outros municípios. Apesar de o Plano Diretor de Regionalização referenciar os pequenos municípios para o município 9, outros fatores que serão tratados nesta seção induzem o fluxo de pacientes para diversos municípios diferentes, principalmente em busca de exames e especialidades com menor preço. Então, fatores não considerados pelo nível macroinstitucional, como corporativismo médico, intervenção da iniciativa privada e política, elevam a complexidade da RAS nos pequenos municípios analisados.

Outro ponto que toca à questão da logística é que a política de financiamento da saúde não prevê financiamento para profissionais de apoio logístico, e os municípios precisam usar recursos próprios para constituir um sistema que atenda à demanda da população, na maioria das vezes pouco eficiente e sem planejamento. O foco está na execução das operações, aumentando o nível de incertezas do processo. Constantemente, os gestores fazem revezamentos com os veículos disponíveis, alguns, inclusive, realocados de outros setores da administração municipal que não são da área de saúde. No entanto, alguns municípios apresentam iniciativas de integração para solucionar problemas de transporte, como a existência pontual de algumas parcerias intermunicipais para que um ônibus seja compartilhado por mais de um município quando estes atravessam a mesma rota, como nos casos dos transportes do Consórcio Intermunicipal de Saúde. Mas a prevalência é de uma logística desintegrada, com pouco planejamento e elevado nível de

incertezas. Existem municípios com apenas um veículo disponível para a saúde, compartilhado, também, com a urgência e emergência.

O acesso à tecnologia da informação foi outro fator importante encontrado nas evidências deste estudo. Existe carência, nestes municípios quanto ao uso de tecnologia da informação para gestão integrada de recursos. A falta de integração entre os profissionais e as equipes com o setor de compras, o da logística de transporte e a RAS requer investimentos e capacitação em tecnologia da informação. A gestão da informação precisa ser aperfeiçoada desde o conhecimento sobre as famílias dentro da comunidade até a troca de informações sobre os fluxos e contrafluxos no município em outros níveis de atenção.

> (...) um ponto negativo muito grande aqui também é questão de tecnologia. Nós não temos. Temos computador, mas acesso à internet, uma recepção nos dias de hoje. (...) os agentes de saúde daqui não têm acesso a nada tecnológico. Hoje em dia, todos têm *tablet* para trabalhar. Em [município] não sei se você já fez, mas lá eles já usam o *tablet*. – Transcrição 14, Município 7.

O município 9 está implantando o E-SUS e um outro município apresentou ACS que usam *tablets* durante o trabalho, mas no geral, ainda são incipientes a capacitação e o uso da tecnologia da informação. No exemplo da implantação do E-SUS, houve relatos sobre perda de informações cadastradas, falta de *back up* e necessidade de realização de novos cadastros de usuários e ações de saúde. No exemplo citado, a perda de informação não foi repassada para a gestão municipal, que acabou não sendo alertada sobre os problemas na implantação do sistema, talvez, para preservar os profissionais de possíveis punições. Os profissionais entrevistados apresentaram dificuldades na adaptação com o E-SUS para o envio de informações ao estado e o Governo Federal. Houve relatos de que aquelas informações são apenas para a prestação de contas e por conta de um excesso de burocracia. Também não houve evidências de que aquelas informações sejam utilizadas, gerencialmente, pela própria gestão municipal.

O acesso à tecnologia da informação também é limitado pela infraestrutura do município. Por exemplo, ainda é remoto o uso do celular e conexão com a internet em alguns pontos de alguns dos municípios analisados.

Apesar dos pontos citados, observaram-se casos de uma gestão e planejamento proativo para resolver problemas de alocação de recursos, adaptada para as condições do município. O relato de um dos municípios foi destaque para solucionar problemas de escassez de veículos.

> Nosso município tem quatro motos para atuar, motos para agente de saúde e técnicos de enfermagem. Então, essa política é nossa aqui. Nós preferimos investir no acesso tanto do técnico quanto do agente lá do que a população ir ao centro e daqui ir para município 9, o que melhorou para nós aqui que é uma estratégia que já vem de alguns anos. Ah! Gasta mais com veículo? Depende. Moto, você gasta? Nós temos quatro, nós temos dois

> carros para Atenção Básica e temos seis carros para trabalhar em TFD [Transporte Fora de Domicílio], para fora. Então, o que precisa vai para fora. O que tem como fazer aqui nós fazemos aqui. [...] – Transcrição 5, Município 5.

No geral, a falta de gestão e de planejamento adequados tem causado inequidades para os municípios com questões de logística de materiais e informações. Pode-se complementar esses problemas com a baixa concentração em atividades de promoção e prevenção. Para exemplificar as consequências da gestão inadequada, há municípios que possuem duas UBS com uma distância aproximada, inferior à dois quilômetros de distância e, ao mesmo tempo, com deficiência nos pontos de apoio da zona rural. Em um dos municípios o ponto de apoio da Equipe de Saúde da Família em uma zona rural utiliza a capela de uma igreja.

Outros exemplos podem ser usados para elucidar como a gestão e o planejamento municipal podem influenciar a alocação de recursos na APS:

- O médico é alocado em uma sala de emergência e lá também realiza os atendimentos do PSF.
- O médico da urgência recebe a maior sala da UBS para atendimento de urgência e emergência enquanto uma equipe inteira precisa compartilhar uma sala com tamanho inadequado para as atividades de promoção e prevenção.
- O município não possui um motorista específico para a área da saúde e precisa compartilhá-lo com outros setores da administração municipal.
- Usando de artifícios contábeis, os administradores municipais utilizam recursos de um determinado programa para complementar recursos em outros programas, muitas vezes, baseando em intervenção política e troca de favores.

Outro ponto desta categoria, que ficou evidente, foi a expansão da Atenção Primária nos municípios analisados. Existem muitas construções e reformas para a ampliação dos espaços das UBS. As construções finalizadas podem ser consideradas recentes, com menos de dois anos de inauguração. Em alguns municípios, a infraestrutura é provisória e/ou alugada. Em outros casos, o funcionamento ocorre em meio a obras ainda inacabadas. Dos oito municípios visitados, apenas dois possuem UBS com instalações modernas e acesso facilitado para pessoas com necessidades específicas. Destes, um está em fase final de acabamento. Inclusive, no município referência da microrregião, a maior parte das equipes de saúde da família estão em locais alugados ou improvisados em outros prédios da prefeitura, apresentando alguns problemas de acesso. De outro lado, muitos gestores e profissionais informaram que existem recursos “parados” para a construção de novas instalações.

Outro aspecto também que mostra a mudança e expansão da Atenção Básica é a recente ampliação do número de profissionais, entre eles, muitos jovens e com pouco tempo de atividade naquela UBS.

> - Pesquisador: Boa tarde, senhor! Poderia me informar onde fica a Secretaria de Saúde?
> - Morador: Pode seguir em frente e pegue a próxima esquerda. Aí você vai subir o morro e ver o hospital [UBS] logo em frente. A secretaria de saúde fica do lado do hospital, atrás da farmácia [Farmácia de Minas]. – Observação não participante, Município 5

Com relação à infraestrutura, no geral, as construções, por usarem residências alugadas nas comunidades, se parecem menos com a estrutura hospitalar tradicionalmente conhecida. Simbolicamente, o uso destas estruturas tem mudado a percepção de uma saúde unicamente hospitalar ou, de outro lado, dificultado que a comunidade reconheça essas unidades como centros de promoção da saúde. Existem municípios com uma proximidade grande entre as unidades básicas. Inclusive alguns optaram por agrupá-las em um só lugar, para que a população pudesse ter uma referência de saúde no município. Essas observações revelam como a trajetória do setor saúde ainda influencia a nova estrutura e como a gestão e a população têm dificuldade para se adaptar a um sistema de saúde descentralizado pelos bairros da cidade e focado nas comunidades. Isso leva a questionar se essa decisão de concentrar as UBS em um só local não estaria prejudicando o projeto de descentralização da saúde no município, podendo contribuir para a inequidade de acesso e a manutenção de aspectos do modelo de atenção à saúde focado no atendimento hospitalar.

Com relação as trajetórias do sistema, as evidências mostram que modelos de atenção à saúde distintos ainda coexistem. Foi comum observar dentro das UBS uma mistura de programas de Atenção Primária com atendimentos de demanda espontânea. Os mesmos médicos revezam seus horários entre as atividades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do atendimento de urgência e emergência. No geral, na parte da manhã, alguns médicos atuam na ESF e na parte da tarde ficam disponíveis para atender urgências e emergências, ou vice-versa. Em um município, um médico do Programa Mais Médicos também foi contratado para ser plantonista. Em seus relatos, alguns médicos disseram que quando o paciente tem alguma emergência na parte da manhã ele pausa as consultas marcadas para atender à demanda espontânea. Na parte da tarde, se um paciente vier buscar uma consulta mais ampla ele é encaminhado para o horário do atendimento da Saúde da Família. Então, da mesma maneira como coexistem sistemas públicos e privados (Menicucci, 2003), coexistem modelos de atenção à saúde focado tanto na ESF quando no atendimento de demanda espontânea.

4.1.2.3 Participação social, informalidade e comunicação

> Nós não temos recursos [materiais], mas temos comunicação que se transforma em recurso.- Transcrição 5, Município 7.

Nesta categoria, destaca-se a importância da participação social e a influência da informalidade e da comunicação na alocação de recursos na APS. As características dos municípios de pequeno porte facilitam a comunicação entre profissionais, usuários e gestores. Os profissionais destacaram que não é difícil conhecer a situação de todas as famílias da área de sua abrangência, incluindo seus problemas pessoais. Como os sujeitos relataram em vários momentos, "todo mundo conhece todo mundo". Isso cria laços e vínculos que influenciam a alocação de recursos na saúde. A informalidade é um atributo essencial das relações entre os sujeitos analisados.

> "Eu acho que outra coisa que gosto de trabalhar aqui no interior que é bacana, assim, é a proximidade com a gestão, com o secretário de saúde, com o prefeito. Por quê? Todas as vezes que precisamos de qualquer coisa que fosse, como um oxigênio para um paciente terminal em domicílio, fosse uma cama, uma cadeira de rodas, tudo que a gente precisa, assim, pode ser até que passa, mas tudo é feito uma mobilização para conseguir. – Transcrição 2, Município 2

A interação social e a informalidade também auxiliam na humanização do cuidado e na motivação dos trabalhos das equipes.

> (...) e você chega ali, você vê um negócio [sala do PSF] daquele tamanho ali sem nada. Motivação é nenhuma mesmo. A relação profissional que é muito boa. A gente até fala que é uma família e tal, acho que é só isso que incentiva a gente mesmo. Igual eu estava de férias, sinceramente, eu fiquei chateado de voltar. A única coisa boa foi ver o pessoal de volta, porque voltar**...** – Transcrição 14, Município 7.

Essa maior aproximação entre estes diversos atores também provoca uma assimetria de poder em algumas decisões da saúde municipal. Por exemplo, cita-se o caso no qual o profissional não achava necessário certo tipo de atendimento. Não satisfeito com a decisão do profissional, o usuário solicitou que a gestão municipal intervisse na decisão. Enfim, o usuário foi atendido e o profissional precisou acatar ao pedido da gestão para prescrever o procedimento solicitado. Outros casos semelhantes foram citados.

> Ontem nós tivemos o caso de uma paciente que não veio aqui e foi na prefeita: "Ah! Que estou com um problema na perna aqui". Realmente, disseram que estava muito feia a perna dela, que precisava de fazer a cirurgia de varizes. Aí, ela me ligou e tal. Aí, foi, e eu me lembrei do caso. Essa paciente, nós conseguimos para ela uma cirurgia dois meses atrás e aí o agente de saúde foi lá, avisou e tal. Mas a cirurgia dela saiu tão rápido, mas tão rápido que ela não conseguiu assimilar que ela ia fazer uma cirurgia. Ela simplesmente

> não foi. Ela não quis ir. Ficou com medo da anestesia, daquelas histórias" .... – Transcrição 2, Município 2

Neste contexto, destaca-se a participação social. Ao mesmo tempo em que a população apresenta estar próxima dos profissionais e gestores, ela também se apresenta passiva no processo de produção da saúde, nos moldes das políticas públicas mais recentes, em uma relação de assistencialismo. A população ainda carrega a trajetória do sistema de saúde médico hospitalar e pouco conhecimento do significado da Atenção Primária. Então, a também população influencia no modo como os recursos na Atenção Primária são alocados.

> [...] Acho que pode ser levado para o lado do assistencialismo [...]. Então, assim, no município pequeno você se desdobra. Igual por exemplo, a gente tem limitação de cotas, especialmente, para especialistas e as pessoas perdem consultas. O transporte a gente tem um número limitado de vagas. Tem um ônibus que faz o transporte para o consórcio, faz o atendimento das especialidades para a gente. Simplesmente, as pessoas perdem a consulta, o exame, porque perderam a hora, não estava a fim de ir. Então, a gente acha também que tem que ter uma conscientização por parte da população, que o serviço é pago, independente da população estar indo ou não. A gente está pagando por ele. (...) nós fizemos um levantamento em 2014, porque sempre tem aquela reclamação, né? Não tem consulta disso, não tem consulta daquilo. Aí nós fomos fazer um levantamento em 2014. Faltosos em 2014, deu 23% da população. Parece que a gente só perdeu para [município] que foi de 31%. E a média dos outros municípios, 10% [...]. – Transcrição 2, Município 2

A participação social parece ser um ponto crucial na saúde municipal. Mesmo nos Conselhos de Saúde a participação social é considerada baixa. De outro lado, a população consegue se mobilizar em casos de doença de algum membro da população, como no relato sobre uma senhora que conseguiu arrecadar em uma igreja cerca de 22 mil reais para realizar uma cirurgia particular que era oferecida pelo SUS por 1.800 reais. Então, a população ainda carece de conhecimento sobre a Atenção Primária e sobre o funcionamento do sistema de saúde.

> Eles não são muito conscientes disso [Atenção Primária]. Então, tem uns que acham assim: "Eu não estou doente. Eu não vou". Acho que para começar a funcionar o sistema todo correto, o paciente tem que entender o que é uma Atenção Primária. Aqui a prevenção e a promoção da saúde, e não somente o tratamento e a cura, que nem sempre tem a cura. Então, um dos desafios é esse da população conscientizar, porque, `as vezes, eles não fazem um acompanhamento, eles não vão nas consultas. Só chegam lá quando já estão com um problema grande. – Transcrição 9, Município 5.

Uma participação social proativa e aliada com o empoderamento do indivíduo poderia contribuir para a resolutividade das ações realizadas pelas equipes de Atenção Primária. Mas para isso ainda existe o desafio da coexistência de uma cultura médico-hospitalar com a falta de capacitação da população sobre APS e a RAS. O desafio além de ser cultural, também é cognitivo.

> Acho que até cultural. [...] a gente vê pelos grupos, [...] umas confusõezinhas de vez em quando, o grupo dos hipertensos. Aí tem uma palestra antes. Eles acham ruim isso. Eles querem ir consultar direto com o médico e ir embora. Não é ficar ali escutando alguém falar que tem que diminuir consumo de gordura. Sabe, não é por aí. Difícil a gente chegar por causa disso. - Transcrição 9, Município 5.

A importância desta categoria também pode ser destacada por causa do tema 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2015, voltada para a participação social e os direitos e deveres da população.

> A população tem muito disso. Faz uma festa, reúne, faz alguma coisa. Mas que você não vai passar seu apuro sozinho, não passa. O município já conseguiu diversas coisas com isso. Já conseguiu prótese, perna, diversas coisas com isso. (...) recente agora teve uma feijoada beneficente. Conseguimos três mil e pouco [Reais]. (...) uma ação, uma ação entre amigos. Uma festa, um bingo beneficente, um almoço beneficente entre eles. – Transcrição 14, Município 7.

4.1.2.4 Rede de Atenção à Saúde

> Hoje, a continuidade do cuidado, ela passa a ser mais difícil, principalmente na zona rural. Na urbana é mais fácil da gente chegar, fazer alguma coisa, mas na zona rural, principalmente, que as vias são tudo sem pavimentação, difícil acesso, chega ao final do ano, chega época de chuva, você não consegue fazer visitas, um curativo, uma medicação, não tem como chegar. Nem o médico, nem a equipe na zona rural. Somente com o ACS, que anda a pé. O médico falou com a gente assim: "Você ajuda. Você está trabalhando disposto a orientar, a explicar tudo, mas se você não faz... Quem é responsável pela sua vida? É você. Você tem tudo ali para você fazer direito. Se você não fizer, quem vai ser responsável pela sua vida? Você mesmo. Não é responsabilidade minha só, de cuidar de você. Vamos cuidar juntos, vamos caminhar juntos, mas você tem que fazer a sua parte, senão não flui". Eu sou ACS. Tenho vínculo nas famílias, nas residências. Eu vou lá, oriento, faço, mas se o filho não cuidar do pai, igual tem caso ali em cima, nas residências, que é caso de polícia mesmo. É uma equipe com tudo. É PSF, CRAS, assiste social. A mulher é acamada, a mulher tem que tomar medicamentos. Se não tiver ninguém para tomar conta dela, e aí? Fica difícil. – Transcrição 7, Município 4

O fato de os pequenos municípios terem a Atenção Primária como único nível de atenção levanta o debate sobre a necessidade de maior resolubilidade dentro do município, com o propósito de reduzir fluxos para outros níveis de atenção. Os fluxos dependem de uma rede logística de transporte para fazer ligação com outros municípios, inclusive parar alguns que não estão na rede microrregional ou macrorregional. Adicionalmente, a distância entre os municípios, questões de condições das estradas, condições dos veículos e disponibilidade de motoristas passam a ser pontos críticos para o sucesso da integralidade da Rede de Atenção à Saúde desta microrregião.

Foi apontado que existe limitação de vagas para especialidades e exames na RAS. Ao mesmo tempo em que a Atenção Primária nestes pequenos municípios elevou a cobertura para praticamente 100% da população, a regionalização obrigou os municípios de referência a

compartilharem a rede de média e alta complexidade com os menores municípios. O aumento da demanda e compartilhamento da rede provocou uma escassez de procedimentos como consultas e exames. Isso vem exercendo uma pressão para que a Atenção Primária se torne mais resolutiva em seu município de origem. Então, esse aspecto traz à tona a questão da resolutividade da Atenção Primária: o que deve ser tratado e resolvido na Atenção Primária e o que deve ser encaminhado? Nas condições atuais, as políticas públicas de saúde direcionam as recomendações para tornar a Atenção Primária a mais resolutiva possível nos municípios. De outro lado, existem relatos de que a Atenção Primária tem focado na organização do fluxo de pacientes, mesmo em situações que poderiam ser resolvidas dentro do próprio município.

> (...) quando a gente precisa de exames mais elaborados - ultrassom, endoscopia, tomografia, ressonância -, nem se fala! Demora muito. Então, tem vez que a gente não consegue. Às vezes, um paciente está precisando de um exame, e não consegue. Então, um recurso importante também seria maior facilidade, maior acessibilidade aos exames, que não têm. Então, a gente tem muita dificuldade. [...] às vezes, eu mesma vou na sala do [nome]: "Ele precisa desse exame! ". Aí, ele me responde: "A gente não tem cota mais este mês" (...). – Transcrição 8, Município 5.

> E tem esses de alta complexidade, que são assim: sofreu acidente, aquele que foi internado, a prioridade é dele. Então, se for cinco vagas que vêm dos exames, sofreu dois acidentes, precisa. Então, vai tirar duas e vai ficar três para a população toda. [...] acaba que a pessoa vem consultar, a médica precisa, acha que aquela pessoa precisa fazer aquele tipo de exame. Aí, vai para a fila de espera. Vai entrar para essa cota. Fica pedindo a Deus para não acontecer um acidente, porque se acontecer... – Transcrição 6, Município 4.

Alguns relatos demonstram que às vezes os próprios médicos encaminham desnecessariamente os usuários com problemas que poderiam ser resolvidos ali na ESF para atendimento mais especializado. É um ponto crítico sobre o atual cenária da alocação de recursos na APS: o médico deve resolver e o que ele deve encaminhar para as especialidades? Esta também é uma questão de cunho cultural, trajetória, de treinamento e capacitação.

> Eu acho que falta verba para as especialidades que ajudam a Atenção Básica, porque tem coisa que eu preciso da especialidade. Não tem como mandar, porque, às vezes, eu trato na Atenção Básica o que não é da Atenção Básica. Às vezes, eu falo para o paciente: "Isso não seria uma Atenção Básica, mas eu vou te tratar aqui porque senão você vai conseguir um tratamento só daqui cinco ou seis meses". Então, acaba que eu acho que, a questão de melhorar o acesso aos exames, o acesso às especialidades. Até que o acesso às emergências é bom. Emergência, hospital, eles recebem. Mas a especialidade hoje é um desafio. E, então, precisaria melhorar a questão das medicações. – Transcrição 8, Município 5.

Apesar das evidências de baixa resolutividade da Atenção Primária nestes pequenos municípios, já é perceptível a melhoria da amplitude do atendimento, buscando compreender o sujeito como um todo dentro de um contexto social.

> Eu acho que o papel de maior importância é a gente entender a população que a gente atende, na maneira de saúde, na forma mais ampla assim, porque, às vezes a pessoa vai no hospital e, às vezes, no hospital está muito cheio, e lá não tem como o médico estar lá, o enfermeiro estar lá, atendendo a pessoa da forma ampla. Como assim que eu falo? A pessoa está com dor de cabeça, mas era só dor de cabeça mesmo? Tem alguma outra coisa acontecendo? Ela está com dor de cabeça por quê? Ela está estressada, o marido está bebendo, o filho está usando droga. Então, eu acho que entender essa saúde não só física, mas como a saúde psíquica também do indivíduo. Acho que é função da gente, da Atenção Primária fazer isso. E, além disso conhecer o território nosso (...) – Transcrição 2, Município 2.

Chega um ponto em que a integralidade depende dos outros níveis da Rede de Atenção à Saúde. O sistema ainda mostra coexistência de modelos diferentes de atenção com uma rede pouco integrada. Então, existe o encaminhamento, mas o sistema falha na parte do contrafluxo. Então, a integralidade da RAS não depende apenas de investimentos em Atenção Primária, mas também na capacitação de profissionais de outros níveis da rede para poderem se integrar no contrafluxo. Um exemplo foi dado por um dos médicos da Atenção Primária sobre o sumário de alta dos hospitais. Segundo ele, a continuidade do cuidado é facilitada quando o médico da média complexidade prepara um sumário direcionado para as equipes de saúde. Às vezes, a própria caligrafia do médico que elaborou o sumário de alta dificulta o contrafluxo.

> Agora, outra coisa, assim na integralidade. Essa palavra não funciona muito bem aqui, não, porque não é bem integral, não. Tem muita coisa aqui que a gente fala assim, ó: "o SUS não vai cobrir isso aqui, não. Isso aqui tem que fazer particular". Aí, o social vai entrar no meio (...). - Transcrição 2, Município 2

A iniciativa privada e o corporativismo da profissão médica também influenciam a Rede de Atenção à Saúde e, com isso, a alocação de recursos. O corporativismo da profissão médica consegue definir quais serviços são ofertados na rede pública de saúde ou apenas na rede privada. Os consórcios intermunicipais de saúde têm sido uma alternativa para amenizar o problema, mas os relatos mostram que ainda existem muitos serviços essenciais que não são ofertados. As influências da iniciativa privada e do profissionalismo serão analisadas com mais detalhes, nas próximas seções deste capítulo.

> O ponto fraco nosso é a questão das especialidades e alguns procedimentos. As cotas nossas de PPI (Pactuação Programada Integrada) são muito baixas. (...). As PPI que a gente tem para ressonância, ultrassom. E outro ponto fraquíssimo é ortopedia. Ortopedia (...), nesses nove anos ele [nome] não conseguiu fazer nenhuma cirurgia eletiva no [município]. Eletiva que não tem urgência né, que não é urgente. Nove anos. Não conseguiu fazer nem uma ortopedia. Sabe onde que a gente leva as nossas ortopedias? Lá em Bom Jesus do Galho, que não é referência nossa. – Transcrição 2, Município 2.

A influência da iniciativa privada faz com que os municípios busquem alternativas de aquisição de serviços fora da delimitação microrregional e macrorregional do Plano Diretor de

Regionalização, na busca da oferta de exames e consultas com preços inferiores. Mesmo assim, houve relatos de que o corporativismo impede que alguns exames e consultas sejam aceitos quando não são indicados pelo profissional médico ou não são realizados em alguma clínica indicada na microrregião.

Outro ponto desta categoria prende-se ao vínculo e à continuidade do cuidado, que podem impactar a Rede de Atenção à Saúde. É importante ter uma Atenção Primária resolutiva. A integralidade, o vínculo e a continuidade do cuidado também são influenciados pelas antigas instituições que usuários, profissionais e gestão carregam em sua trajetória.

> (...) por ser cidade pequena, igual à nossa realidade, a gente sabe que envolve muita questão política, questão de contato maior. Então, às vezes, nem é tão aceito assim. A pessoa não acha que é tão importante ela estar prevenindo, né (...) ela quer aquela coisa ali no imediato. Então, eu acho que volta naquela primeira pergunta. Eu acho que o avanço e o diferencial na Atenção Básica são os profissionais, porque não é só uma busca ativa; tem que ser uma busca ativa bem qualificada, né, tem que ser uma coisa bem feita, para que tenha boa aceitação do paciente - Transcrição 5, Município 4.

Depois que o paciente foi encaminhado, a equipe não tem muito conhecimento do que aconteceu com ele durante o fluxo. A comunicação entre os pontos da rede é uma falha a ser superada.

> Em relação à integralidade, acho que precisa mais, principalmente, de todos os profissionais, a enxergar mais o indivíduo como um todo, porque, às vezes, focam só na doença. Precisa focar mais, e a assistente social pode falar melhor do que eu em outros aspectos sociais e psicológicos. Pensam só na doença, e temos que considerar o indivíduo como um todo. – Transcrição 5, Município 4.

O vínculo entre profissionais e população foi apontado como um fator importante para o sucesso da RAS. Somente um dos municípios apresentou o quadro de pessoal concursado. O vínculo e a continuidade do cuidado dependem da estabilidade do profissional na Rede de Atenção à Saúde, mas a contratação provisória ainda é predominante, permeada por laços sociais e pelo clientelismo político.

> Ainda mais que agora somos todos concursados né? O vínculo vai se fortalecer, porque, com certeza, as pessoas que estão aqui vão continuar. Não vai ter problemas de mudanças. Acho que o vínculo vai se fortalecer bastante. – Transcrição 9, Município 5.

Por fim, a Rede de Atenção à Saúde, para ser organizada pela Atenção Primária, necessita de maior integração com outros níveis de atenção e da participação da população, profissionais e gestores. Os relatos mostram que não adianta alocar recursos na Atenção Primária para fortalecer a Rede de Atenção à Saúde se os outros níveis de atenção não estiverem dispostos a se comunicar em rede.

> Aqui em [município] não temos uma rede estruturada. Não vejo na nossa micro uma rede muito estruturada. Não é o caso exclusivo de [município]. Não vejo na nossa microrregião. Não vejo uma rede bem integrada. Eu vejo ela bem fragmentada. Agora, a importância dessa rede, a Atenção Primária para a rede, né? Então, eu acho que a Atenção Primária é a porta de entrada e alimentadora da rede, uma rede bem estruturada. Se você tem uma Atenção Primária bem estruturada, uma Atenção Primária bem eficiente, você consegue alimentar bem a sua rede. Aí, entra um ponto fraco: a gente encaminha o paciente e não tem o feedback, não tem a contrarreferência, né? – Transcrição 16, Município 8.

4.1.2.5 Perfil profissional e capacitação

> Tem muitos profissionais também que a gente acha que não têm perfil para o setor. A gente sabe que o setor saúde é muito complicado. Tem alguns [usuários], uma minoria, que estão ali para ir lá e se aconselhar psicologicamente com o médico, e tal. (...) às vezes, a gente vê que o paciente não é muito bem tratado. Mas não é nem por culpa do profissional; é porque ele não teve uma capacitação, não tem uma qualificação, não tem perfil. Então, a gente acha que tinha que se focar mais nesse ponto. - Transcrição 2, Município 2.

Esta categoria mostra que os participantes da pesquisa destacaram que o perfil profissional e a capacitação dos profissionais, gestores e população são importantes para o sucesso da Atenção Primária. Foi destacado que deveria ser cobrado perfil do profissional e reduzir as contratações por relações de amizades, parentescos e indicações políticas. A limitação de disponibilidade de emprego nestes municípios aumenta a importância das oportunidades de trabalho no setor saúde, levando profissionais sem o perfil e a qualificação desejada buscarem indicações políticas para serem contratados.

Na APS, é importante uma relação mais ampla e humanizada com a comunidade. O profissional precisa estar disposto a se envolver com o indivíduo, com a família e a comunidade. Não é suficiente um profissional que foi capacitado para trabalhar apenas com foco na cura de doença. A humanização da saúde precisa ser incorporada no dia a dia do trabalho.

> Porque vêm os médicos para trabalhar, chega um paciente lá, uma mulher com dor abdominal, eles não querem nem saber; estão pedindo exames de ultrassom. Não está resolvendo. Criança chega, por exemplo, não quer nem ver a criança; já querem encaminhar direto para o pediatra. Se chegou uma mulher, com problema de baixo ventre, por exemplo, não querem nem ver o que ela tem, se está com corrimento [...]. Não querem nem ver; encaminham direto para o ginecologista. Não sei se aí na formação deles, não sei (...). Talvez o paciente carregou lenha o dia inteiro, não quer nem saber; taca um pedido de ultrassom nele para ver o que que é. Falta talvez uma capacitação (...). Então, não sei se é na formação deles ou melhor estrutura aí para ajudar. - Transcrição 8, Município 6.

A capacitação foi apontada como um ponto crítico para melhorar a resolutividade APS. Muitos profissionais foram formados em escolas que traziam a trajetória de um sistema de saúde hospitalar, e agora estes profissionais atuam em uma proposta distinta de organização do sistema de saúde. Mais do que os profissionais, a capacitação precisa envolver profissionais, gestores municipais e a própria população, como destacado no tópico anterior sobre participação social. As evidências mostraram que diversos atores ainda não compreendem o que é Atenção Primária e qual é a sua complexidade. A Atenção Primária ainda é reconhecida, por alguns indivíduos, como um elenco de serviços básicos, e não uma reorganização do sistema de saúde, como pregam as atuais políticas públicas.

A capacitação é importante para fazer os indivíduos refletirem que o sistema de saúde tem mudado, que não deve ser somente baseado no atendimento médico e hospitalar e que a prevenção e a promoção da saúde estão além do que é solicitado nas metas do Governo.

O sistema de saúde municipal já é composto por uma multidisciplinaridade de profissionais que buscam compreender o ser humano com um todo. Porém, os próprios profissionais precisam aprender a importância da sinergia do trabalho em conjunto para aproveitar esses conhecimentos. Foi destacado que existe falta de conexão entre as equipes, por exemplo, entre o NASF, o ESF e o CRAS. O treinamento do CRAS e do NASF é importante, tendo em vista que os profissionais precisam ter o perfil da Saúde da Família e a população ainda apresenta resistência a alguns trabalhos de promoção e prevenção destes grupos, por não compreenderem suas atividades como ações de saúde.

Quanto aos médicos, foi destacado que existe uma diferença entre o perfil dos profissionais dos Mais Médicos e do PROVAB e o perfil dos profissionais contratados por indicações políticas. Os últimos apresentam menos o perfil de médico da Saúde da Família e mais de "médico de urgência e emergência", ou seja, que não levam em consideração a amplitude do atendimento ao usuário.

A capacitação também foi destacada para os ACS, em razão da importância destes profissionais para o primeiro contato com o usuário, do acesso às comunidades e famílias e do elo de ligação com outros profissionais e equipes.

> [O usuário] quer chegar na consulta e quer que resolve a dor do cotovelo dele. Não importa, não quer saber se está com pressão alta. Acontece isso, entendeu? Falta um pouco de aceitação da população também. A questão dos profissionais, o profissional mais antigo é difícil de mudar, mas a nova geração que está formando já vem com essa mentalidade, né, de Atenção Primária. (...) isso eu creio que vai de quinze a vinte anos para pegar esse conceito. – Transcrição 13, Município 7.

Os participantes destacaram os problemas em contratar pessoas recém-formadas, sem experiência, contratar um agente de saúde sem capacitá-lo. A capacitação proporciona um diferencial para o profissional trabalhar na Atenção Primária, principalmente, o ACS que possui um nível de escolaridade mais baixo do que as outras profissões.

Além da capacitação na área da saúde, foi destacada a importância da capacitação na área gerencial. Houve grande reclamação sobre o preenchimento dos formulários e o envio de informações ao Ministério da Saúde. Não há indícios destas informações para uso gerencial. Houve relatos de preenchimento incorreto e incompleto de formulários. Há uma necessidade de capacitá-los, com o propósito de mostrar a importância gerencial das informações coletadas, para, a formação de políticas públicas e para a tomada de decisões da gestão municipal.

> Falta de capacitação também. O e-SUS chegou. Eles deram para a gente. Vamos fazer sem saber como vamos fazer, e pronto. – Transcrição 19, Município 9.

4.1.2.6 Políticas públicas e financiamento

> O município tem a lei que estabelece o mínimo que a gente tem que se gastar, 15%. Só que em 2014 nós gastamos 24,22%. Esse ano, até agora, já gastamos 29 vírgula alguma coisa. Então, o município acaba assumindo responsabilidade que seria do Governo Federal e do governo estadual. – Transcrição 2, Município 2

Assim como foi prescrito pelas políticas públicas, como a PNAB, os municípios assumiram diversas responsabilidades, inclusive no financiamento da saúde. E os relatos mostraram que a gestão municipal tem percebido essa apropriação de responsabilidades. A trajetória da centralização do financiamento da saúde, da passividade municipal e a dependência destes municípios por transferências em razão da baixa capacidade de gerar receita própria podem explicar por que os gestores e os profissionais relataram que o município está assumindo uma responsabilidade que não é deles.

> Então, a gente trabalha em cima das políticas de governo, adequando ao município, para nossa realidade. Tanto as políticas da Secretaria de Estado da Saúde quanto do Ministério da Saúde, do Governo Federal. [...] A gestante, por exemplo, Mães de Minas, do governo estadual e a Rede Cegonha, do Governo Federal. (...). Então, é basicamente isso. A gente trabalha em cima destas políticas, orientados por estas políticas tanto do governo estadual, quanto do Governo Federal. Lógico que isso aí adequado à nossa realidade aqui. – Transcrição 3, Município 3

Contudo, as metas elaboradas pelo Governo Federal, algumas vezes, podem causar ambiguidades na execução pelos profissionais. Mesmo gerando os resultados esperados no nível

macroinstitucional, estes resultados podem ser alcançados com inequidades entre as comunidades, ou até mesmo, ações oportunistas no nível microinstitucional. Essas metas são condições para repasses financeiros que podem impactar como os recursos são alocados ou distribuídos no município. Então, o aumento da disponibilidade de recursos financeiros não significa melhoria da qualidade dos serviços se os aspectos microinstitucionais não forem levados em consideração. O profissional, na execução da ação de saúde, pode estar atrelado a uma grande quantidade de metas que o obriga a ter um foco mais amplo no usuário, na família e na comunidade.

As evidências levaram a inferir que as políticas públicas focam no alcance de metas de produção de serviços, dificultando um projeto de saúde ampliado. O município convive com a busca de dezenas de indicadores, e para alcançá-los, trabalha com equipes e projetos desconexos, limitando a integralidade da Atenção Primária e a amplitude do cuidado. O foco na produção pode manter a tradição histórica do sistema de saúde. Um exemplo do impacto deste ponto na alocação de recursos da APS é a meta de coleta de escarro para o exame da tuberculose. Apesar de o número de exames de escarro ser uma meta, os profissionais não encontravam usuários em condições de realizar o exame cujo perfil, entre outros sintomas, englobava indivíduos com tosse durante sete dias.

> [...]. Como que você vai colocar na cabeça dele [usuário] que o governo não está mandando mais dinheiro? Eles não entendem isso. Até ano passado funcionava. Por que não funciona mais? Você vê a questão de urgência, depara com os hospitais de [nome], que está aquela muvuca e aquela bagunça toda, e nós somos de atendimento primário. Teoricamente, nós precisamos ter o atendimento secundário e terciário. Nós temos secundários, que é a questão do nosso pronto atendimento, mas é tudo arcado pelo município. O Governo Federal não está nem aí, por que uma das políticas do Governo Federal é fechar os hospitais de pequeno porte, de cidade pequena e investir nas cidades maiores. Mas nós estamos aqui na cidade de [nome], tem mais oito municípios. Se todos os municípios não tivessem um pronto atendimento, você acha que [município] suportaria? Não. [...]. É uma cólica renal, até que chega lá, se isso pode ser resolvido ali. Então, o Governo Federal, na minha opinião, está deixando muito a desejar, tanto o estadual também. – Transcrição 12, Município 6.

Foi relatado também que as políticas públicas aliadas à trajetória do sistema de saúde têm induzido o consumo indiscriminado de medicamentos. A oferta gratuita de alguns medicamentos e o subsídio de outros têm aumentado a prescrição e procura por certos tipos de medicamentos. Por exemplo, em um dos municípios foi relatado o uso indiscriminado de antidepressivos como solução imediata para problemas de saúde. Entre as explicações para o fenômeno citam-se: o maior acesso da população aos médicos que tem o costume de receitar medicamentos para solução imediata de problemas, pouca legitimidade de outras equipes na promoção da saúde, incluindo CRAS e NASF, a ampliação da disponibilidade de medicamentos gratuitos ou subsidiados, como o programa Farmácia de Minas e Farmácia Popular e o próprio interesse da população em se automedicar.

Outro ponto a ser tratado nesta categoria é que os municípios podem optar pela participação de alguns programas dos governos para obterem recursos financeiros, como é o caso do parágrafo único do artigo 2º, do capítulo 1 da Resolução SES/MG 4.215, de 18 de fevereiro de 2014. Contudo, em razão da dependência de transferências financeiras, os gestores irão induzir os profissionais a alcançarem o máximo de metas possíveis, podendo limitar a qualidade e amplitude da atenção, produzindo mais ações desconexas e com equipes pouca integradas.

Os repasses financeiros estaduais, como o da Resolução SES/MG 4.215, de 18 de fevereiro de 2014, são feitos segundo metas de indicadores disponíveis para pagamento das Equipes de Saúde da Família. Assim, o estado possui grande poder de influenciar as ações das ESF, tendo em vista que sem o alcance dos indicadores, o município perde o repasse de recursos importantes para o desenvolvimento de ações da APS. A maior parte dos recursos federais são vinculados ao número de habitantes. As metas dos repasses variáveis federais são avaliadas anualmente, dando ao município tempo para organizar as ações e alcançar os resultados. Por outro lado, as metas estaduais são avaliadas em um período mais curto, geralmente trimestral, exigindo dos municípios maior esforço para organizar e alcançar os indicadores no tempo suficiente para a prestação de contas da SES.

Os recursos financeiros são repassados em função de fatores de saúde que tentam fazer a distribuição equitativa baseando-se em indicadores de mortalidade infantil, densidade domiciliar, escolaridade, óbito, analfabetismo, mortalidade e saneamento básico. Porém, se as políticas públicas continuarem repassando dinheiro para estes municípios que apresentam disparidades, sem haver mais integração das equipes, de outros setores da administração municipal e de outros aparelhos sociais, isso pode resultar na distribuição de mais recursos sem extinguir as desigualdades. Um exemplo: repassar mais recursos para um município com problemas de saneamento que não apresenta nenhuma proposta efetiva para solucioná-los. O município pode até produzir mais exames e procedimentos e com isso captar mais recursos, mas a falta de integração entre aparelhos sociais impede que o município solucione por exemplo, um esgoto a céu aberto que teria um enorme impacto na redução de algumas doenças contagiosas que demandarão mais exames e procedimentos. A lógica predominante de financiamento cria um círculo vicioso, com pouco efeito no médio e longo prazo. A lógica do atual financiamento da saúde é de curto prazo. Muitos problemas socioeconômicos e de infraestrutura induzem maiores problemas de saúde. No entanto, a produção de procedimentos de saúde não resolve os problemas socioeconômicos e de infraestrutura que são um dos fatores que geram os problemas de saúde.

Outro ponto observado na análise desta categoria: os pequenos municípios têm pouca influência sobre os outros níveis de complexidade da atenção e ficam dependentes do município que estão referenciados, geralmente, com uma população maior e que também desenvolve ações

de Atenção Primária. Então, um grupo de pequenos municípios irá financiar o desenvolvimento dos níveis de média e de alta complexidade dos municípios de referência, elevando também maior interesse da iniciativa privada, do mandonismo político e do corporativismo da profissão médica. No longo prazo, esse novo modelo de organização das Redes de Atenção à Saúde poderá reforçar a assimetria de poder entre os níveis de complexidade, beneficiando menos os pequenos municípios se a APS não for suficientemente resolutiva nestes lugares e se alguns dos fatores determinantes apontados neste trabalho não forem observados e "controlados". Então, os problemas que os pequenos municípios sofrem atualmente, como menor poder de barganha nas compras públicas e passividade diante do corporativismo médico e da iniciativa privada, podem ser agravados no longo prazo, se estes municípios se mantiverem apenas como organizadores de fluxos para especialidades, com baixo potencial de resolutividade e pouco empoderamento dos indivíduos. Como foi relatado, é muito importante que a maioria dos problemas de saúde seja resolvida no próprio município e que as ações de promoção e prevenção ocorram de forma mais integrativa, com sinergia das novas equipes e participação ativa da população e de outros aparelhos sociais. As evidências mostram a expansão dos serviços de média e alta complexidade no município de referência, por meio da recente ampliação dos hospitais do município, a construção do Consórcio Municipal de Saúde e a proposta de construção de um novo Centro de Especialidades. Então, o modo como os recursos estão sendo alocados atualmente, indica uma mudança institucional com impacto no longo prazo da RAS, que pode tomar trajetórias ainda difíceis de serem previstas.

O tipo de indicador usado nas regulamentações do Estado também pode ser importante na maneira de utilizar os recursos. Por exemplo, em um indicador, recursos são repassados em função do número de equipamentos de Protocolo de Manchester em uso, mas isso não significa que estes equipamentos estejam sendo utilizados corretamente. Existem municípios com apenas um equipamento e mais de uma UBS. Então, o equipamento é utilizado em um centro e não é utilizado no outro, provocando problemas entre profissionais e a população por causa da falta de padronização na prestação dos serviços. Além disso, a meta será atingida para o nível macroinstitucional, mas não no microinstitucional que apresentou polêmicas por causa do uso do aparelho em apenas uma UBS. Além do mais, o indicador é avaliado pelo gestor municipal que tem o arbítrio de informar se o equipamento está sendo utilizado ou não, conforme prescrito na Resolução SES-MG 4215 de 2014.

É também importante observar o foco de determinado indicador. Por exemplo, tomem-se os indicadores do Programa Saúde em Casa. Eles possuem indicadores sobre saúde da criança e da mulher, mas nenhum indicador para idosos ou homens. A formação do indicador também é algo a ser levado em consideração e pode ser interpretada de maneira distinta por diferentes

municípios, de modo a maximizar a quantidade de recursos possíveis. O gestor municipal passa a utilizar estratégias com o propósito de maximizar a captação de recursos. Um indicador que apresenta um mesmo resultado pode indicar diferentes tipos de serviços ofertados. Um exemplo foi a análise apresentada sobre o indicador de saúde bucal *Escovação Dental Supervisionada*.

Outro ponto informado é que os recursos são repassados desconsiderando a heterogeneidade das comunidades dentro do município. Apesar da distinção regional em nível de estado, quando o recurso chega no município é repassado como se todas eSF tivessem características semelhantes. Então, mesmo que o incentivo exista, ele não consegue a atender todas as peculiaridades das diferentes comunidades. A diferença do relevo entre os bairros, pavimentação ou a disponibilidade de transporte urbano podem diferenciar a ação de equipes de saúde distintas.

> (...) você tem que cumprir metas, mas aí pode ser até fictício. A pessoa não cumpre a meta e até inventa. No caso, eu faço as metas, tudo. Faço até mais. Os pré-natais, por exemplo, vem de outra área, eu faço. Não escolho. [...]. Mas é mais isso que cobra. Você não cumprindo a meta. Aí interfere no corte de pagamentos, e tudo. Da gestão eu vi muitas reclamações da questão de metas. Eles falam que, às vezes, tem umas metas que [...] vêm como um pacote pronto de metas, assim, e não é muito o perfil do município para alcançar. Alguns municípios têm dificuldade. [...]. Aí, interfere na meta que aumenta. Mas essas metas são muito fictícias. Têm que cumprir tantos exames, vamos supor, de escarros. Às vezes, uma cidade que tem incidência baixíssima de tuberculose ou, às vezes, nem tem e a outra cidade tem muito. Então, essa que tem uma incidência maior vai pedir mais exames, vai cumprir mais a meta. Então, assim, varia muito. – Transcrição 13, Município 7.

Como o município é o principal executor das atividades de saúde e vários programas são financiados por diferentes níveis de governo, o município tem sido com frequência forçado a cobrir os atrasos de repasses financeiros dos outros níveis de governo ou o subfinanciamento das atividades para não prejudicar o andamento das ASPS. Então, os municípios têm sido forçados a financiar mais do que o mínimo previsto na legislação atual, tendo em vista que o impacto político de paralização de uma ação de saúde da APS por causa de atrasos nos repasses é mais evidente no município do que no estado ou na União. Algumas atividades e programas têm sido prejudicados por causa do subfinanciamento da saúde, da transferência de recursos direcionados e da falta de sincronia entre os três níveis de governo para financiar os programas. O exemplo mais claro desta situação tem acontecido com o repasse de recursos para medicamentos do governo estadual.

Outro ponto relevante é a coexistência entre o sistema de saúde público e o privado. Existem algumas consultas que não são oferecidas pelo SUS e a complementação pelos consórcios intermunicipais de saúde também não tem sido suficiente para atender a toda as demandas. As gestões dos municípios analisados incluem em suas ações negociações com o setor privado, com o propósito de buscar descontos de procedimentos particulares para a população. Por exemplo, em

um dos municípios havia publicidade de consultas particulares de oftalmologia, com a especificação do médico, do valor da consulta e da data de atendimento. Então, questiona-se a universalidade e integralidade do SUS nestes pequenos municípios e destaca-se novamente a influência do corporativismo existente na profissão médica.

A influência do sistema privado na Saúde Pública provoca o remanejamento do Plano Diretor de Regionalização, quando os gestores municipais precisam realizar uma análise de mercado para encontrar procedimentos com preços mais acessíveis, mesmo em municípios mais distantes. Os preços e a disponibilidade de procedimentos variam por região e por cidade. Na microrregião analisada existe carência de ortopedia e neurologia. Neste caso, não é nem questão de preço, mas de disponibilidade de especialidades. Ademais, a questão da "Tabela SUS" foi levantada como algo desatualizado e que não condiz com a realidade dos preços cobrados pelos médicos da região. Infere-se, então se o problema é a desatualização da "Tabela SUS" ou se é o corporativismo mencionado que tem o poder de precificar o mercado de procedimentos e especialidades.

> Quando se para de, parou agora, de fazer cirurgia. Está parado o SUS. Mas particular e convênio faz. Mas qual estrutura que é utilizada para fazer essa cirurgia? É a particular? Isso é um ponto interessante, né? Aí, quando você chega lá e precisar de fazer uma cirurgia de urgência e não fizer, você tem que processar o médico, ué, porque ele não está usando a estrutura do SUS todinha? É raro você ver um médico que opera em uma clínica particular. Então, esse é outro ponto que a gente questiona muito. Você não pode fazer pelo SUS, mas você faz lá e usando a estrutura do SUS. – Transcrição 2, Município 2.

Outro ponto desta categoria é o direcionamento do financiamento. Foi relatado que seria necessário existir um direcionamento do investimento de forma mais proveitosa do que a atual. Existem pacotes solicitados pelos entes estadual e federal que nem sempre são adequados ao município, enquanto estes teriam outras prioridades, mas não conseguem financiamento, porque na maior parte das vezes, os recursos vêm direcionados para determinado programa específico. Segundo alguns sujeitos, "tem muito dinheiro investido em lugar errado".

> Eu tenho recursos parado, estadual, desde 2012: Alimentação Saudável. Deu 28 mil de Alimentação Saudável. Aí eu posso comprar o quê? Panfleto, campanha, negócio. Eu vou fazer quantas campanhas? Milhões? Aí, eu não atuo no roubo. Já falo de cara. Eu, vou roubar para poder gastar esse dinheiro? Vou desviar esse dinheiro para outra área? Não vou. Então, o dinheiro da questão do estado, do Governo Federal está engessado. Vou mandar comprar medicamento para negócio, eu não posso gastar esse recurso. Farmácia de Minas, um programa do Governo Estadual. Parece que até vai mudar já. Aí, manda o recurso lá. Não, o recurso é só para comprar medicamento. Peraí! A farmácia tem um faxineiro, tem o farmacêutico. O dinheiro para mim tem que ser da farmácia. Ah! Vou mandar o dinheiro para poder fazer a cirurgia. Tem que ser da cirurgia. Não tem que ser um separado da outra. Vou mandar o dinheiro para a Vigilância em Saúde. Aí chega lá, exclusivo da Dengue, trinta mil reais. Mas para manter todo o outro sistema que é da sanitária, epidemiológica, da vacinação vem oito [mil reais]. Uai! Peraí! Será que é só a Dengue que mata? Ou, será que só a dengue que tem interesse? Porque, para mostrar no

> marketing lá na televisão: "Governo está combatendo a dengue". Por que eles vão onde? Onde o "trem" está faixado, né? Agora, coloca assim: "Vou fazer campanha para Dengue que aí nós vamos ganhar imagem". É fácil. Agora, quero ver a epidemiologia. Morreu quarenta mil de dengue, mas espera aí, e os outros não estão morrendo não? Parou todo mundo. Ninguém morre com infecção, ninguém morre com nada não? Então, acho que é por aí que deveria rever. É o financiamento do Governo Federal e estadual. Se você fosse embasar aqui, você lança essa tese sua de doutorado e manda lá para o Ministro, um projeto lá. Acho que um papel muito grande que você tinha que colocar é esse aqui: alocação de recursos, porque o financiamento do SUS, ele é tudo. Nós tivemos em um congresso agora em Brasília. Aí, está lá o Ministro falando: "É que os municípios não conseguem executar 30% dos recursos que a gente manda". Recurso direcionado. Não consegue mesmo, não. Como que consegue? Vou passar só a algodão, vou comprar só panfleto? – Transcrição 10, Município 5.

Tudo o que foi relatado tem induzido a uma municipalização radical da saúde via repasse financeiro. Tendo em vista que, historicamente, os municípios não detinham todas essas responsabilidades, os sujeitos municipais acabam entrando em choque com as estratégias estadual e federal. A institucionalização da APS mostra ser um processo lento, que esbarra em aspectos culturais, cognitivos e, pragmaticamente, na intervenção política e iniciativa privada.

A trajetória do sistema de saúde embutiu uma cultura focada no atendimento médico hospitalar e existe a concepção de que a saúde deve ser criada pelo quantitativo de prestação de serviços, de exames, de consultas, de especialistas. E isto está relacionado com as políticas públicas que são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e com a necessidade da população.

> Eu acho que no [município], a política pública que a gente tem mais influente que ajuda bastante seria alguns programas do governo estadual, como, por exemplo, a Saúde em Casa, que ajuda bastante com recurso financeiro. Apesar de ser escasso, o recurso financeiro que a gente recebe, a gente consegue fazer bastante coisa. Vigilância em Saúde, também é uma política implantada, implementada em 2012. Também tem sido uma fonte de recursos importantes que o município tem. Tem impactado muito a qualidade de vida, porque muitas metas que a gente avalia na Vigilância em Saúde, elas são reflexos da Atenção Básica. Pelas metas, a gente vê nosso nível de Atenção Básica. Com relação à qualificação da Atenção Básica, também seria o PMAQ, que ajuda bastante. Aí, o PMAQ, depois que veio, ele busca, ele fiscaliza, procurando melhorias, na própria unidade, melhorias de atendimento, melhorias de protocolo; ou seja, facilitando até o acesso do cliente, para as unidades básicas. Então, essas políticas têm nos ajudado bastante. – Transcrição 16, Município 8.

Existe a noção de associar o desempenho do setor saúde com o quantitativo de consultas. O repasse de recursos está associado a isso. Neste aspecto, seria interessante questionar se não haveria alternativas a esse modelo de financiamento direcionado e à desvinculação entre as ações das metas. Se o desempenho da saúde é quantificado pelo número de procedimentos, cria-se uma demanda por mais atendimentos, mais serviços que, às vezes, não são necessários. Ao invés de focar na prevenção e na promoção, haverá foco na produção de serviços, por serem necessários ao alcance das metas. Porém, novamente coloca-se o debate sobre o que pode ou não pode ser resolvido no nível da Atenção Primária.

> Sem dúvidas, o devido financiamento da Atenção Básica é necessário. São necessários locais mais adequados, com estrutura adequada para o atendimento à saúde. Frequentemente, faltam materiais simples, como sabão e papel toalha. Muitos consultórios nem têm pias. O subfinanciamento do SUS e, principalmente, da Atenção Básica, prejudica a contratação de profissionais mais preparados e da educação continuada, indispensável na área da saúde. A motivação da equipe é muito importante para que cada profissional saiba o que pode mudar na saúde local. – Transcrição 17, Município 9.

O financiamento da saúde depende das trocas de informações entre as unidades federativas. Caso não haja a comunicação entre as equipes e a gestão municipal de saúde, muitas das informações sobre o município podem ser perdidas, tendo em vista que as metas de pactuações são realizadas entre os municípios, que repassam para o estado e o Governo Federal (art. 20 do capítulo 4 da resolução SES/MG 4.215).

4.1.2.7 Profissionalismo

> O médico que vai decidir o que é melhor para você. Não você que vai decidir o que é melhor. Quando eles concordam ou quando eu quero alguma coisa, eu já falo direto com o gestor. Então, funciona muito bem. Para os pacientes que não concordam, aí não; eles tentam fazer o caminho inverso. – Transcrição 8, Município 5

Nos capítulos anteriores, abordou-se questão do profissionalismo, principalmente, a influência do profissional médico na RAS e a falta de integração entre as equipes de saúde. O modelo de saúde focado na APS trouxe diversos profissionais protagonistas para o setor saúde. Com isso, também surgiram conflitos por causa das disputas de poder entre profissionais e equipes. Enquanto os novos profissionais e as novas equipes buscam um espaço de importância na RAS, os profissionais mais tradicionais também exercem uma força para manter o poder que já detinham. Como consequência, observam-se conflitos entre diferentes equipes e diferentes classes de profissionais. Podem-se citar exemplos de frases que expressam conflitos de poder entre os profissionais e equipes: “Aquela equipe nova não faz nada”; “É muito difícil conversar com eles”; ou “50% acham que são deuses e outros 50% têm certeza”.

Um caso importante vindo na trajetória do setor saúde, é o simbolismo em torno do profissional médico. Além de todos os relatos sobre a profissão ao longo deste estudo, observam-se que alguns exemplos diferenciam esta profissão das outras: os horários são mais flexíveis em comparação aos outros profissionais; eles possuem mais de um contrato de trabalho em um mesmo município ou municípios diferentes; mesmo em um ambiente com outros profissionais com ensino

superior, ele é o único a ser chamado de doutor, usa o "Dr." antes do nome nas portas da sala ou bordado no jaleco; e na condução da pesquisa, foi o profissional com acesso mais difícil para participar dos grupos focais, ao lado de dentistas e dos gestores municipais.

O simbolismo em torno do profissional médico vem carregado por um contexto histórico e encabeça a hierarquia profissional na RAS. Simbolicamente, observa-se que o atendimento espontâneo tem maior importância do que a promoção da saúde, que tem maior participação de outros profissionais. Ouviram-se relatos de que a população participa de atividades com outros profissionais, condicionada à presença do profissional médico. Neste ponto tem o aspecto da trajetória do setor saúde e a da capacitação da população e de profissionais e gestores, de modo que sejam incorporadas nas condições cognitivas destes atores, a importância da promoção da saúde para resolutividade da APS.

Como representação da hierarquia entre os profissionais, em uma das UBS presenciou-se a situação em que agentes comunitários preparavam e levavam café com biscoito à sala do médico. Além do destaque do profissional médico e do agente comunitário de saúde, o enfermeiro apresentou papel de destaque, possuindo cargos na coordenação de equipes de saúde da família, coordenação da ESF e até cargos na gestão municipal de saúde.

> Você tem que cumprir meta de preventivo, de visita domiciliar. Você tem que cumprir meta de não sei o quê, de outras coisas que exige. Mas você só tem um profissional ali que carrega o PSF que é o enfermeiro, porque médico não carrega o PSF, não. – Transcrição 15, município 7

Um desafio para os novos profissionais é obter legitimidade, assim como as ações que vieram mudar o paradigma do modelo focado na demanda espontânea e na doença.

> Às vezes, a gente se depara com algumas situações, até alguns profissionais mesmo. Eu até me emociono, porque eu me deparo com situações, coisas que eu não posso resolver [choro]. É gente acima de mim. Igual tem um ditado: "manda quem pode e obedece quem tem juízo". Tento fazer alguma coisa, mas não faço muito porque há gente que é acima de mim, porque sou uma simples agente de saúde, porque são gente acima de mim. Infelizmente, eu me emociono quando falo esse pedaço aí. Não precisa ter, porque acho que todo mundo é igual, mas infelizmente tem isso. – Transcrição 5, Município 4.

O ACS foi apresentado com uma importância no elo entre a comunidade e outros profissionais. É um profissional que detém informações sobre a situação familiar e de saúde do paciente e que caminha pelos bairros da cidade para observar o espaço físico e o social. Apesar de sua importância, existem municípios que não regularizaram a profissão deste tipo de profissional ou a pauta ainda está na Assembleia Legislativa local. A capacitação e o treinamento para esta classe profissional mostram-se críticos para o sucesso das ações da Atenção Básica e a integração

das equipes de saúde. Nos municípios analisados, os ACS entram no ambiente familiar, têm acesso e legitimidade para fazer parte do grupo familiar, sentar-se no sofá da família e tomar um café.

As políticas públicas também definem a questão da importância do profissional médico. Ao mesmo tempo em que estrategicamente, existe um esforço para alterar o foco do modelo de saúde, os indicadores de saúde estão condicionados às metas vinculadas à produção de consultas e exames. As evidências nos levaram a inferir que a produção de consultas e exames está associada com o bom desempenho da APS. Essa tradição pode influenciar o modo como os profissionais trabalham e atendem os usuários. Mesmo que as políticas públicas busquem alterar o contexto do profissionalismo, os fenômenos já legitimados ainda coexistem com a legitimação dos novos profissionais, equipes e suas agências.

> Uma coisa que tem muito são os médicos que direcionam o paciente do consórcio para o consultório particular que a fila é menor, vou te cobrar menos, vou te cobrar tanto. Eu exijo que você faça esse exame lá no [clínica] porque a qualidade de Ubá não é boa. Aí começa com as questões técnicas: o aparelho daqui é não sei quantos Tesla e o de lá é meio Tesla só. Aí o cara está com problema, você coloca isso na cabeça do paciente. Então acho que esse é outro fator complicador. A questão da ética do profissional médico, entendeu? Então a gente tem esse problema também. E assim, as vezes a gente indica até com uma certa segurança. – Transcrição 2, Município 2

Outro ponto desta categoria está na influência do profissional médico no caminho percorrido pelo usuário na RAS, influenciando-o na escolha do serviço público ou privado, no tipo de procedimento e no local em que são realizados. Mesmo que a gestão municipal busque alternativas mais baratas fora da microrregião, o médico pode interferir se vai ou não aceitar o resultado do exame de determinado laboratório ou de determinada cidade.

Com relação à legitimidade de um grupo de profissionais, a trajetória do setor saúde influencia que algumas atividades da Atenção Básica não sejam consideradas válidas. A ação de Atenção Básica que não é mensurável por metas de produção não é compreendida como uma atividade importante. A saúde tem sido avaliada quantitativamente. As ações não são vistas, porque, culturalmente, o que é visto na saúde é a disponibilidade de profissionais médicos e a produção de serviços. Então, a compreensão do que é saúde é, muitas vezes, cultural e pode impactar a forma como os recursos são alocados nestes pequenos municípios.

> Porque tudo gira em torno, por exemplo, pré-natal. É, tem grupos de gestantes aí. As palestras, algumas oficinas que se faça. Principalmente, se faz em função do atendimento do médico, porque se não for em função daquele dia corre o risco de não ter ninguém, de não acontecer, porque infelizmente, o que se vê, o profissional que mais se vê, é o médico. Eu acho que o problema é esse. E outra coisa que brinca, mas é realidade é quando se fala em Bolsa Família. Falou em Bolsa Família, eles vêm. Olha, você tem que ser atendido lá no consultório odontológico porque senão você perde o Bolsa Família. Eles não vão faltar - Transcrição 9, Município 5.

4.1.2.8 Mandonismo e clientelismo municipal

> Mas a coisa que vejo é que tem muito chefe. Tem muito. Ele [prefeito] pôs muitas pessoas, assim. Chefe do departamento disso, chefe do departamento daquilo, secretário de saúde. É muito chefe e pouco índio. É um termo que a gente até usa. Ele mesmo perdeu a ponta da corda e ele até usa essa expressão: "tem muito chefe e pouco índio". Aí, isso acaba atrapalhando um pouquinho no atendimento mesmo, porque você quer fazer uma coisa e um chefe acha que está certo e o outro acha que está passando por cima, sabe. É, atrapalha. Mas, fora isso, acho que o relacionamento é até bom, né? – Transcrição 14, Município 7.

A área da saúde nestes pequenos municípios proporciona muita visibilidade política aos seus participantes em razão da sua importância social e da interação com a população. Provavelmente por isso, verifica-se a questão do mandonismo e clientelismo (Santos; Rodrigues, 2014).

> E, aí, eu tenho aqui uma solicitação dos nove municípios da micro. O único que não tem plantão 24 horas somos nós. Aí, a população questiona, e começamos a fazer o levantamento. O plantão mais barato da região é de [município], que parece ser 35 mil reais por mês. (...) E todo município que tem. Tem município que fica 110 mil reais o plantão e descaracteriza, né, porque atende demanda no plantão, troca receita e faz tudo. Na realidade, a intenção do plantão não é essa, né. Mas de qualquer maneira, descaracteriza. (...) agora, você imagina todos esses municípios que colocaram plantão e estão gastando esse dinheiro? Eles estão com a corda no pescoço. Eles não têm dinheiro para nada. [...] só não tiram o plantão porque é uma questão política, porque se tirar, politicamente, é devastador. [...] aí tem que ver de onde está saindo esse dinheiro e tal, porque vai ter outro plantão aqui e outra coisa: qualquer problema mais sério que tem nesses municípios, eles têm que encaminhar para [município]. – Transcrição 2, Município 2

O mandonismo ficou evidente por causa da grande indicação de cargos políticos e influência das decisões da administração municipal nas ações de saúde. Citou-se a influência do mandonismo sobre a decisão sobre o procedimento prescrito por um profissional de saúde. Em muitos municípios, o secretário de saúde não era profissional da área e já tinha atuado em outras secretarias da administração municipal. Associado a essas indicações de chefes na área da saúde, os municípios apresentaram uma rotatividade grande de troca de secretários de saúde ou coordenadores. Houve mais de um município que, durante o período da coleta de dados, trocaram de secretário de saúde mais de duas vezes.

> Eu acho que em cidade pequena, mas ele [Secretário de Saúde] não vai saber o que estou falando, né? Principal ponto de uma cidade pequena: política. Eu acho que a questão de prioridade. Às vezes, passa um paciente na frente que não precisa tanto quanto o outro, por causa de política. Às vezes, um exame prioriza uma pessoa que é favorável na política ou é uma pessoa de família. A gente tem pessoas que trabalham no hospital [leia-se UBS] que são vereadores. Esse é um ponto negativo. Passa pessoa na frente. Agenda consulta com mais prioridade, exame, cirurgia e tudo. Acho que toda cidade do interior. É o

> principal problema seria essa questão de prioridade, porque no SUS não pode ter prioridades. A prioridade seria de acordo com a necessidade do paciente, com a enfermidade do paciente, não de acordo com o status ou alguma influência. –Transcrição 8, Município 5.

Como abordado anteriormente, foi relatado que, além do mandonismo, existe um forte clientelismo na saúde e que os gestores interferem na prioridade dos atendimentos conforme interesses próprios. Quanto maior o contato do usuário com um gestor municipal, maior a chance de acesso aos serviços de saúde. O mandonismo e o clientelismo são reforçados nestes pequenos municípios por causa da escassez de oportunidades de trabalho, do grande percentual de profissionais com vínculos temporários de trabalho e pela visibilidade política do setor saúde.

> [...] Hoje em dia, a Estratégia de Saúde da Família, principalmente, acaba sendo um cargo político também. A pessoa acaba ficando por um tempo. Aí, quando a comunidade tem a [nome] como referência, a [nome], que é enfermeira da minha equipe, aí entra outros candidatos e manda a [nome] embora, vem outras pessoas e não fica aquele vínculo. Isso é um problema, mas acho que aqui não é nem tanto. Mas em outros municípios é um problema muito grande. (...) eu acho que a população perde aquela referência, entendeu? Isso prejudica. [...] E o mesmo acontece com o secretário de saúde que vai mudando. – Transcrição 2, Município 2

O mandonismo e o clientelismo também foram observados na intervenção do partidarismo político e nas relações sociais entre a população, profissionais e gestores de saúde.

> O prefeito tem uma fila gigantesca que encontra com ele toda semana. Toda semana assim. Acho que é todo dia. Acho que dia sim e dia não. Aquela fila gigantesca! Quer falar com o prefeito? Você tira seu dia, meu filho. A pessoa, assim, se tivesse trabalhado o dia e comprado o remédio era melhor do que ter ficado na fila para comprar o remédio. (...). Acostumaram, né? Verdade que acostumou. De repente, eu falo: “hoje não é meu dia de eletro. Dá para você vir amanhã? ”. A pessoa sai, mas daqui a pouco liga um [nome]: “Dá um jeitinho e faz”. Quer dizer, você como profissional acaba nem tendo autoridade sobre aquilo que você faz. (...) tem gente que dia de domingo está almoçando, tomando café lá na casa do prefeito. Vai pedir as coisas e ainda toma café lá ainda [...]. – Transcrição 6, Município 6.

4.1.3 Discussão da análise qualitativa na microrregião de saúde

Esta seção permitiu destacar fenômenos importantes que influenciam a alocação de recursos da APS dos pequenos municípios analisados, a partir de uma construção microinstitucional, derivados dos processos cotidianos de interação entre população, profissionais e gestores de saúde (Lant; Baum, 1995; Alburquerque, 2002; Hall; Taylor, 2003; Pereira, 2012; Bitektine; Haack, 2015).

As análises foram realizadas à luz do referencial teórico da Nova Teoria Institucional (DiMaggio; Powell, 1983; Powell; DiMaggio, 1991; Scott; Christensen, 1995) e foram ao encontro de perspectivas já abordadas em temas analisados em outros trabalhos, como: a trajetória histórica e coexistência de sistemas de saúde (Menicucci, 2003) e a intervenção política nos moldes do mandonismo e clientelismo (Uchoa *et al.*, 2011; Santos; Rodrigues, 2014).

Na descrição das categorias, foram apresentadas as análises e exemplos de como as agências em um nível microinstitucional podem influenciar as estruturas vigentes ou apropriando-se de um termo clássico da teoria institucional "a gaiola de ferro". De outro lado, não foi descartada a importância e a influência da prescrição do Estado no esforço de reorganizar o sistema de saúde. Enquanto o Estado prescreve e regulamenta (isomorfismo) os municípios e atores no contexto da saúde, o nível microinstitucional apresenta agências, instituições e outros níveis institucionais que se competem com a estrutura e geram um ambiente de incertezas e mudanças. Isso mostra como as análises da alocação de recursos na APS não são determinísticas e lineares, mas, sim, permeadas de contingências que vão conduzindo várias instituições em trajetórias, provavelmente, pouco previsíveis.

Observou-se que muitas atividades ainda estão em processo de legitimação, evidenciando a mudança institucional. Aspectos simbólicos dentro dos municípios, assim como, as ações dos participantes, mostram que a Atenção Primária, conforme esperado pelas políticas públicas, ainda tem um longo caminho para ser estabelecida como porta de entrada e organizadora da RAS. Adicionalmente, percebe-se que essa legitimação ainda dependente de outros atores e instituições, em diferentes níveis.

Então, na alocação de recursos na APS ainda existe grande intervenção política de grupos que utilizam o setor saúde como "palanque político". A saúde nestes municípios é uma fonte de visibilidade política, o que contribui para as práticas do clientelismo e mandonismo (Uchoa, 2011; Medeiros, 2013; Santos; Rodrigues, 2014)

A baixa capacidade de planejamento e gerenciamento municipal, aliada à intervenção política, prejudica a implementação das políticas públicas do Estado e, em consequências, a APS e a RAS. Neste aspecto, existem o conflito de formas isomórficas distintas vindas de diferentes instituições e níveis (Scott; Christensen, 1995; Alburquerque, 2002; Hall; Taylor, 2003; Sitek, 2010; Pereira, 2012).

O profissionalismo também evidenciou a questão da mudança institucional com o conflito de interesses de diversos grupos de profissionais, com a ascensão de alguns e a luta para manutenção de poder de outros. Nesse contexto, também se pode destacar a influência da iniciativa privada e do corporativismo da profissão médica. Ambos influenciam o fluxo e o contra fluxo dos usuários, a disponibilidade e preço de procedimentos na microrregião e a coexistência dos sistemas

público e privado. Esses dois fatores têm poder para desmantelar a rede microrregional como principal organização do fluxo e contrafluxo de usuários, elevando também a complexidade da logística de transportes, que sobrecarrega, gerencialmente, operacionalmente e financeiramente, o pequeno município. Os municípios analisados, constantemente, necessitam sair do Plano de Regionalização por questões de preço e de disponibilidade de procedimentos.

A baixa capacidade de gestão e planejamento, a falta de capacitação e a participação popular também foram fatores destacados. A saúde ainda é tratada como uma das funções organizacionais no âmbito da administração pública e vem sendo pouco integrada com outros aparelhos sociais. A desintegração de setores observada na saúde destes pequenos municípios começa com a desintegração dos atores até a desintegração de aparelhos sociais, como educação, transporte, economia e religião.

Os fatores abordados impactam, por exemplo, as diretrizes e os princípios da PNAB e Lei Complementar 141 de 2012, que foram mencionados no referencial teórico deste estudo. É importante considerá-los ao lê-los e interpretá-los, tendo em vista que não são completamente absorvidos por uma análise macroinstitucional. Por fim, esta seção pretende expor a seguinte dialética que é permeada pelos fatores apresentados ao longo das categorias: as políticas públicas que pregam o empoderamento do indivíduo e da sociedade como agentes da própria saúde também alimentam um sistema de produção de serviços que enfraquece seus propósitos.

4.2 Fatores determinantes na alocação de recursos nos pequenos municípios - parte II

Com o propósito de complementar as informações da seção anterior, foram adiciona-se as análises de 238 questionários estruturados aplicados a profissionais e gestores de saúde em oito dos nove municípios da microrregião analisada, baseando-se em instrumentos de avaliação do Ministério da Saúde. Encontraram-se cinco fatores que expõem a percepção dos participantes sobre vários pontos considerados pelo PMAQ e pela PNAB na avaliação da APS.

4.2.1 Métodos da análise quantitativa na microrregião de saúde

Foram analisados questionários estruturados com uma parte constituída por afirmativas em escala intervalar de cinco pontos e outra parte constituída por questões demográficas sobre o

respondente. Esta técnica de levantamento de dados foi utilizada para ampliar o número de sujeitos entrevistados, tratar mais especificamente sobre alguns pontos cobrados pelo Ministério da Saúde e complementar as análises. A elaboração das afirmativas do questionário foi baseada em dois instrumentos: Política Nacional de Atenção Básica e Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ. Enquanto o primeiro relatório visa regulamentar a organização da APS, o segundo vem ser um instrumento de avaliação utilizado internamente para que os profissionais e os gestores da saúde possam compreender se os processos de implementação seguem as diretrizes de qualidade da Política Nacional da Atenção Básica e os princípios do Sistema Único de Saúde. Então, esses dois instrumentos possuem as diretrizes do que se espera da organização da Atenção Primária. O instrumento AMAQ foi citado pelos gestores de saúde como um instrumento que tem sido usado nos últimos anos para avaliar a qualidade da Atenção Primária e servir de uma nova fonte de recursos financeiros para a saúde do município. Esse instrumento é derivado de instrumentos de coleta de dados validados nacionalmente e internacionalmente como o MoniQuor, PCATool e Quality book of Tools (Brasil, 2012a)

Os questionários foram aplicados entre março de 2014 e agosto de 2015, mesmo período das outras atividades realizadas na microrregião.

4.2.2 Resultados da análise quantitativa na microrregião de saúde

Para a obtenção de construtos que pudessem auxiliar a compreensão das respostas, foi realizada uma análise fatorial exploratória (Maroco, 2003) a partir das respostas dos profissionais e dos gestores de saúde sobre as dimensões relatadas na metodologia. No Anexo 6 estão exibidos os fatores obtidos após a remoção de algumas variáveis que não se adequaram ao modelo inicial obtido. A primeira rodada da análise fatorial apresentou sete fatores, porém, dois não alcançaram consistência interna suficiente, mensuradas pelo Alfa de Cronbach (Bacon, 1995; 2004). Na segunda rodada, após a eliminação das variáveis dos construtos não adequados ao modelo, o procedimento gerou cinco fatores com autovalores superiores a 1 (um) e com consistência interna aceitável. O modelo está adequado ao índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação da amostra. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou rejeição da hipótese nula e permitiu concluir que existem correlações no banco de dados que são apropriadas para a análise fatorial.

Nesta seção, apresentam-se a descrição dos fatores obtidos (Anexo 6) e a interpretação do seu sentido teórico. Em seguida, serão apresentados os perfis dos que responderam ao questionário e participaram dos grupos focais e entrevistas. Os questionários foram aplicados nos participantes

das entrevistas e dos grupos focais. No entanto, alguns apenas responderam ao questionário estruturado. Houve alguns profissionais que participaram das entrevistas e dos grupos focais, mas não responderam ao questionário.

4.2.2.1 Fator 1 – Princípios e diretrizes da Atenção Primária

Esse fator foi formado, predominantemente, por questões que abordaram os princípios e as diretrizes da Atenção Primária. A distribuição das respostas mostrou um nível de concordância elevado na maior parte das variáveis que compõem este fator (Tabela 3). A partir do 25º percentil, os respondentes escolheram três ou mais na escala de cinco pontos. Os profissionais e os gestores da saúde têm uma percepção favorável quanto ao alcance destes princípios e diretrizes em seus municípios, validando alguma das análises da seção anterior.

Tabela 3 – Fator 1 – Princípios e diretrizes da APS

Variáveis	25º	50º	75º	Média	Desvio
V9 A equipe de saúde é formada por profissionais de diferentes formações que compartilham entre si conhecimentos para ampliar a capacidade de atuação de toda equipe de saúde.	3,00	5,00	5,00	4,08	1,19
V31 A gestão municipal de saúde oferece apoio para que os usuários possam buscar em outros municípios serviços de saúde que o município não tem condições de oferecer, garantindo a integralidade do atendimento.	3,00	4,00	5,00	4,06	1,16
V36 A Atenção Básica aumentou a acessibilidade, tendo em vista que facilitou todo acesso às instalações, serviços e recursos de saúde para o usuário.	3,00	4,00	5,00	3,89	1,16
V37 A Atenção Básica tem contribuído para a integralidade do cuidado, sendo a porta de entrada e orientadora ao longo da rede de atenção à saúde.	3,00	4,00	5,00	4,04	1,12
V38 A Atenção Básica no município tem contribuído para a equidade, tendo em vista que todo cidadão, sem nenhuma distinção, obtém acesso aos serviços de saúde.	3,00	4,00	5,00	3,94	1,27
V39 A Atenção Básica tem contribuído para a universalidade do acesso, tendo em vista que a partir dela a população tem abrangência, cobertura, acesso e atendimento aos serviços do SUS.	4,00	5,00	5,00	4,13	1,15
V40 A Atenção Básica tem estimulado a participação social, possibilitando a participação da população no planejamento, execução e controle das ações e serviços de saúde.	3,00	4,00	5,00	3,48	1,29
V41 A Atenção Básica contribuiu para o vínculo, estreitando as relações entre profissional de saúde, usuário e comunidade, com maior compreensão das relações sociais e familiares.	4,00	5,00	5,00	4,09	1,20
V42 A Atenção Básica contribuiu para ampliar a responsabilização, com o compartilhamento de responsabilidades entre comunidade, profissionais e gestão de saúde no planejamento, execução e controle das ações de saúde.	3,00	4,00	5,00	3,78	1,20
V43 A Atenção Básica permite a continuidade do cuidado, permitindo o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde.	4,00	5,00	5,00	4,22	1,10
V44 A Atenção Básica contribui para a humanização, com a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde.	3,00	4,00	5,00	4,00	1,14
V45 A Atenção Básica tem contribuído para o aumento da eficiência dos gastos públicos em saúde.	3,00	4,00	5,00	3,60	1,34
V46 A Atenção Básica tem dado foco à prevenção de enfermidades e promoção da saúde em detrimento do foco somente na cura de doenças.	3,00	4,00	5,00	3,97	1,21

Fonte: Resultados da pesquisa

Além das afirmativas que trataram diretamente dos princípios e das diretrizes, as variáveis 9 e 31 foram incorporadas ao fator e estão relacionadas com que foi analisado anteriormente sobre o aumento dos recursos humanos na saúde destes pequenos municípios e do esforço aplicado pela gestão municipal para encaminhamentos e especialidades fora de domicílio associados com acesso e integralidade.

4.2.2.2 Fator 2 – Recursos materiais

O padrão de resposta deste fator está próximo ao nível mediano da escala de cinco pontos. As médias das variáveis encontram-se próximas do ponto três da escala. Assim, também se pode analisar pela mediana.

Tabela 4 – Fator 2 – Recursos materiais

Variáveis	25º	50º	75º	Média	Desvio
V1 A UBS dispõe de infraestrutura, equipamentos e insumos que possibilitam o trabalho dos profissionais e atendimento ao usuário.	2,00	3,00	4,00	3,03	1,27
V2 A UBS dispõe de infraestrutura, materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	1,00	3,00	4,00	2,79	1,52
V3 A UBS está adequada para atendimento de pessoas com deficiência, analfabetos e idosos.	2,00	3,00	4,00	3,06	1,50
V4 A UBS dispõe das vacinas e medicamentos necessários ao atendimento dos usuários.	2,00	4,00	5,00	3,52	1,47
V5 A UBS dispõe de equipamentos de proteção individual (EPI) de forma adequada para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde.	2,00	3,00	4,00	2,95	1,48
V6 A UBS dispõe de mecanismos de controle de estoque de insumos, medicamentos e vacinas e das condições adequadas de conservação destes, evitando o excesso ou desabastecimento	2,00	4,00	5,00	3,26	1,48
V8 A UBS recebe manutenção das instalações físicas e equipamentos de forma a garantir boas condições para profissionais e usuários.	1,00	3,00	4,00	3,05	1,53
V30 O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes para implantação da Atenção Básica, definindo-a como orientadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS.	3,00	4,00	5,00	3,49	1,27

Fonte: Resultados da pesquisa

Predominantemente, as variáveis fazem referência aos recursos materiais utilizados na APS, incluindo infraestrutura, insumos e equipamentos, com exceção da variável V30, que aborda a inclusão da APS no Plano Municipal de Saúde (Tabela 4).

4.2.2.3 Fator 3 – Capacitação, avaliação e controle

A análise das afirmativas deste fator destacou a importância da capacitação, avaliação e controle na alocação de recursos da Atenção Primária.

Possivelmente, está relacionada com as políticas públicas vinculadas a repasses de recursos que exigem dos municípios maior avaliação e controle das ações e serviços de saúde e a necessidade de capacitação mencionada. A vigilância sobre os resultados e os indicadores podem estar vinculadas às metas debatidas. Neste fator, o padrão de resposta predomina em torno do ponto três da escala (Tabela 5).

Tabela 5 – Fator 3 – Avaliação e controle

Variáveis	25º	50º	75º	Média	Desvio
V20 os profissionais de saúde realizam avaliações periódicas da Atenção Básica, por meio de instrumentos e manuais fornecidos pela gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde.	2,00	3,00	4,00	3,17	1,42
V26 A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para os profissionais da Atenção Básica.	2,00	4,00	5,00	3,42	1,36
V28 A gestão municipal garante aos trabalhadores da Atenção Básica plano de carreira, cargos e salários.	1,00	3,00	4,00	2,69	1,59
V29 A gestão municipal de saúde faz acompanhamento sistemático das condições das UBS, dos equipamentos e insumos utilizados pelas equipes de Atenção Básica.	2,00	3,00	4,00	3,05	1,47
V33 A gestão municipal de saúde estabelece políticas para uso eficiente dos recursos investidos nas UBS com programa para maximizar insumos, equipamentos e tempo de trabalho dos profissionais.	2,00	3,00	4,00	3,23	1,32
V34 os gestores municipais utilizam instrumentos de auto avaliação próprios ou do Ministério da Saúde para avaliar a Atenção Básica no município.	2,00	3,00	5,00	3,26	1,45
V35 existe auditoria nas informações geradas pelos profissionais de saúde e gestão municipal a fim de garantir a qualidade das informações fornecidas para o governo estadual, Ministério da Saúde e a elaboração de políticas públicas.	2,00	3,00	4,00	3,07	1,41

Fonte: Resultados da pesquisa

4.2.2.4 Fator 4 – Recursos humanos

Este fator agrupou afirmativas referentes aos recursos humanos dos municípios e obteve uma avaliação elevada na escala de cinco pontos, em comparação com os outros fatores.

Tabela 6 – Fator 4 – Recursos humanos

Variáveis	25º	50º	75º	Média	Desvio
V12 A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias de abordagem familiar e de grupos sociais específicos que contribuem para maior visibilidade da estrutura das relações familiares e afetivas dos usuários.	4	4	5	4,07	1,09
V13 Profissionais da Atenção Básica realizam visitas domiciliares de maneira programada e permanente para assegurar atendimento satisfatório, contínuo, com foco na prevenção e promoção.	4	4	5	4,35	1,07
V19 A equipe de saúde controla o usuário na dispensação e uso de medicamentos oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde.	4	4	5	4,16	1,07
V21 Os profissionais de saúde trabalham com metas e objetivos definidos nos planejamentos realizados pela equipe de saúde, gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.	4	5	5	4,33	1,09
V22 A equipe de saúde mantém registro sobre carga horária de trabalho, faltas, licença e férias dos profissionais para prestação de contas a gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.	4	5	5	4,39	1,18
V27 A marcação de consultas, exames, controle de leitos, internações, urgência e emergência são controlados a partir de sistema on-line ou outro mecanismo de classificação para integração dos serviços da rede de atenção à saúde do munícipio.	2	4	5	3,42	1,42
V32 A gestão municipal trabalha com metas e objetivos definidos nos planejamentos realizados pela equipe de saúde, gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.	3	5	5	4,17	1,10

Fonte: Resultados da pesquisa

Os relatos dos entrevistados, na seção anterior, já apontavam o destaque da expansão do número de profissionais e de equipes como um ponto positivo da Atenção Primária. Este fator vai ao encontro das definições da Atenção Primária, considerada um modelo de atenção à saúde de baixa densidade tecnológica e elevada humanização (Tabela 6).

4.2.2.5 Fator 5 – Gestão e planejamento

Este fator agrupou, predominantemente, variáveis que tratam da capacidade de gestão e planejamento da administração e das equipes. Está relacionado com os apontamentos da literatura e deste estudo sobre a gestão e o planejamento em pequenos municípios.

A distribuição aponta para uma avaliação próxima de quatro pontos para este fator, com exceção da variável V17, sobre a integração entre comunidade, equipes e administração para debater ações conjuntas, debater problemas e realizar planejamentos (Tabela 7).

Tabela 7 – Fator 5 – Gestão e planejamento

Variável	25º	50º	75º	Média	Desvio
V14 A equipe de Atenção Básica realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral com encaminhamento para outros níveis da rede de atenção à saúde quando necessário, garantindo a coordenação da referência e contra referência.	3	4	5	3,97	1,15
V16 A equipe possui profissionais capacitados para manter registros dos procedimentos de saúde, infraestrutura, equipamentos, medicamentos e insumos com a finalidade de gerar informações para a gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde.	3	4	5	3,79	1,30
V17 A equipe de saúde reúne-se com a comunidade e gestão municipal para desenvolver ações conjuntas, debater os problemas locais de saúde e realizar o planejamento da Atenção Básica.	1	3	4	2,97	1,48
V23 A gestão municipal de saúde mantém registros da situação de saúde da população para subsidiar o planejamento e a formação de políticas públicas.	3	4	5	3,71	1,21
V24 A gestão municipal de saúde mantém registros da situação da infraestrutura, equipamentos, insumos e recursos humanos da Atenção Básica para subsidiar o planejamento e a formação de políticas públicas.	3	4	5	3,46	1,27
V25 Há profissionais especialmente designados para a coordenação da Atenção Básica, formalizada por ato institucional e representada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.	3	4	5	3,91	1,18

Fonte: Resultados da pesquisa

Ao analisar as relações entre os fatores e as categorias da seção anterior (seção 4.1), observou-se algumas relações entre os fatores e as categorias. Por exemplo, o "Fator 1 – Princípios e diretrizes da APS" tem variáveis que se relacionam com pontos abordados na categoria "Princípios e Diretrizes da APS". O "Fator 2 – Recursos materiais" está relacionado com a categoria "Gestão de Recursos e Planejamento". O "Fator 3 – Capacitação, avaliação e controle" está relacionado com a categoria "Perfil Profissional e Capacitação" e a categoria "Gestão de Recursos e Planejamento". O "Fator 4 – Recursos humanos" está relacionado com a categoria "Gestão de Recursos e Planejamento" e "Perfil Profissional e Capacitação". Por último, o "Fator 5 – Gestão e planejamento" está relacionado com a categoria "Gestão de Recursos e Planejamento" e "Rede de Atenção à Saúde".

4.2.2.6 Perfil dos profissionais e gestores

Os questionários estruturados foram respondidos tanto pelos participantes dos grupos focais e das entrevistas quanto por outros profissionais que estavam disponíveis no local de trabalho durante as visitas aos municípios. Houve os casos de profissionais que participaram dos grupos focais e entrevistas, mas que não se disponibilizaram a responder ou entregar o questionário.

Tabela 8 – Tipos de profissionais participantes das entrevistas e questionário

Profissional.	N	%	% acumulado
Agente Comunitário da Saúde	120	53,33	53,33
Técnico em Enfermagem	29	12,89	66,22
Enfermeiro	24	10,67	76,89
Médico	10	4,44	81,33
Técnico de Saúde Bucal	4	1,78	83,11
Dentista	5	2,22	85,33
Fisioterapeuta	7	3,11	88,44
Assistente Social	3	1,33	89,78
Psicólogo	2	0,89	90,67
Nutricionista	4	1,78	92,44
Auxiliar de Enfermagem	2	0,89	93,33
Educador Físico	1	0,44	93,78
Auxiliar Administrativo	1	0,44	94,22
Auxiliar em Saúde Bucal	6	2,67	96,89
Farmacêutica	1	0,44	97,33
Secretário Municipal de Saúde	2	0,89	98,22
Agente de Endemias	1	0,44	99,56
Outro	3	1,33	100,00
Total	225*	100	

*Treze profissionais não preencheram os campos de identificação

Fonte: Resultados da pesquisa

A Tabela 8 mostra o perfil dos respondentes, com predominância de agentes comunitários de saúde, os profissionais em maior número nas equipes de saúde. No caso em estudo, foram eles que apresentaram maior disponibilidade para participar da coleta de dados. De outro lado, foram obtidas respostas de diferentes tipos de profissionais de saúde.

A Tabela 9 descreve a escolaridade dos participantes, com predominância de profissionais com ensino médio completo e ensino superior.

Tabela 9 – Escolaridade dos participantes

	N	%	% acumulado
Fundamental incompleto	3	1,33	1,33
Fundamental completo	14	6,22	7,56
Médio incompleto	3	1,33	8,89
Médio completo	132	58,67	67,56
Superior incompleto	9	4,00	71,56
Superior completo	57	25,33	96,89
Pós-graduação	6	2,67	99,56
Total	225	100,00	100,00

Fonte: Resultados da pesquisa

A Tabela 10 resume o tipo de contrato de trabalho dos participantes. Como observado nas evidências deste estudo, aqui também se pode constatar a predominância de profissionais contratados ou celetistas com 68% dos casos.

Tabela 10 – Tipo de vínculo de trabalho

Vínculo	N	%	% acumulada
Contratado/celetista	153	67,7	67,7
Servidor Público	59	26,11	93,81
Outro	14	6,10	100,00
Total	226	100	

Fonte: Resultados da pesquisa 2015

A Tabela 11 resume a frequência de respondentes por município. O pré-teste deste estudo foi aplicado no município de Município 4 e por isso possui ele apresenta a maior frequência entre os respondentes do estudo.

Tabela 11 – Frequência de respondentes por município

Município	N	%	% acumulado
2	12	5,08	5,08
3	26	11,02	16,1
4	65	27,54	43,64
5	16	6,78	50,42
6	24	10,17	60,59
7	18	7,63	68,22
8	28	11,86	80,08
9	47	19,92	100,00
Total	236	100	

Fonte: Resultados da pesquisa

4.2.3 Discussão da análise quantitativa na microrregião de saúde

As afirmativas propostas apresentaram alguns fatores que condizem com o que havia sido abordado na seção 4.1. Esta seção contribui para validar a anterior, porém, permite inferir que existe uma percepção positiva sobre os fatores abordados. Ligando essa inferência às evidências analisadas na seção anterior, houve um aumento significativo dos investimentos em APS, maior acesso para a população e aumento do número de profissionais e equipes.

Na média, nenhum dos fatores obteve pontuação predominantemente inferior à metade da escala. A partir do que foi estudado até o momento, atribuíram-se essas pontuações à percepção geral da evolução da saúde nestes pequenos municípios, conclusão confirmada pelos relatos dos participantes sobre isso. A avaliação ficou em torno do ponto 3 da escala. Como a escala possui um viés positivo sobre as afirmativas, pode-se inferir que as diretrizes da APS, os recursos materiais, o processo de avaliação e controle, os recursos humanos e a gestão e planejamentos foram itens bem avaliados pelos profissionais e gestores.

Especificamente, foram observaram-se pontos mal avaliados, abaixo do ponto 3 da escala. As afirmativas V2, V5 que abordam os recursos materiais nas UBS, a V17, sobre a integração

entre profissionais, gestores e população, e V28 sobre plano de carreira dos profissionais, vão ao encontro de alguns pontos destacados na seção anterior.

De outro lado, percebeu-se uma avaliação mais positiva, como nos relatos anteriores, sobre os recursos humanos da APS, consequência de sua expansão nos últimos anos.

Esta seção abordou fatores importantes, apontando para os princípios e diretrizes da APS, gestão, planejamento, capacitação, avaliação e controle dos recursos humanos e materiais. Nas próximas seções continua-se a mostrar como a percepção da expansão da Atenção Primária também pode ser percebida quando se analisa o impacto das despesas municipais aplicadas ao longo dos últimos anos, desta vez, incluindo todos os municípios do Estado de Minas Gerais.

4.3 As despesas municipais em saúde impactam a Atenção Primária à Saúde dos municípios mineiros?

Nesta e na próxima seção foram realizadas análises do impacto da alocação de recursos financeiros, por meio de painéis com efeitos fixos, em municípios do estado de Minas Gerais. Isso é relevante, tendo em vista que a reorganização do sistema de saúde tem sido direcionada por regulamentações atreladas a repasses financeiros. As evidências analisadas nas análises anteriores mostraram que as ações nos municípios são direcionadas por metas atreladas a estas regulamentações. Por isso, a análise do impacto da alocação de recursos financeiro traz à tona os efeitos dos fatores determinantes da alocação de recursos na APS sobre o sistema de saúde, considerando esta alocação como um processo que não é linear e nem determinístico.

Foi abordado que a Constituição Federal definiu que o Sistema Único de Saúde deve ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A Lei complementar 141 de 2012, regulamentou o art. 198 da Constituição, determinando os valores mínimos empenhados pelos entes. Individualmente, os valores empenhados por eles financiam as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que, conforme a Lei Complementar mencionada, são voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme os princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. As ASPS são destinadas às ações e aos serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito e devem estar em conformidade com objetivos e as metas explicitadas nos Planos de Saúde de cada ente da Federação.

A APS faz parte do rol de ASPS. Com a promulgação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2006, o Ministério da Saúde tem lançado regulamentações que a colocam

como núcleo da RAS para alcançar os princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 141, de 2012.

A PNAB definiu que os municípios seriam os principais gestores dos sistemas de saúde local, inclusive, na gestão do fundo tripartite, com o propósito de financiar a APS. Os resultados deste estudo mostraram como a percepção dos profissionais e dos gestores sobre o aumento das responsabilidades municipais, principalmente, na participação do financiamento também pode ser observada em um nível macroinstitucional. Se a APS passou a ser considerada a coordenadora do sistema de saúde e os municípios, seus principais gestores, a alocação financeira municipal na APS passou a ter impacto em todo o sistema de saúde público, inclusive nos outros níveis de atenção com menor ou nenhuma responsabilidade municipal.

Esta seção apresenta um modelo teórico-hipotético de avaliação, baseado no modelo de Donabedian (1988) que utilizou as dimensões *estrutura, processos* e *resultados*, as quais foram representadas por variáveis dependentes encontradas e disponíveis na base de dados oficiais do Ministério da Saúde acometidas com os resultados dos anteriores. As análises foram feitas com dados dos 853 municípios do estado de Minas Gerais, por meio de painéis não balanceados de efeitos fixos, técnica útil para considerar a heterogeneidade das observações e a presença de variáveis não observáveis invariantes no tempo. Foram realizadas doze regressões com o propósito de avaliar todas as dimensões teóricas propostas.

Assim, esta seção teve por objetivo de avaliar o impacto das despesas municipais em saúde nas dimensões *estrutura*, *processos* e *resultados* da APS dos munícipios mineiros. Leva-se em conta que avaliar significa realizar julgamento sobre uma intervenção, para auxiliar a tomada de decisões e verificar a eficácia das ações estabelecidas.

Os resultados mostraram que as despesas municipais com saúde foram importantes para explicar a variação nas dimensões. Foram encontradas evidências iniciais de que existe uma relação positiva da despesa com APS, com ampliação do acesso aos serviços de saúde, que por sua vez, pode estar relacionada à demanda manifesta após essa expansão.

A finalização desta seção leva a concluir que a alocação financeira municipal em saúde, principalmente com a APS, foi praticada em níveis crescentes pelo governo durante o período analisado e tem colocado os municípios como um dos entes federativos com maior responsabilidade sobre o sistema de saúde atual, convergindo para os resultados iniciais apresentados nesta tese. Ademais, foi observado que, além das despesas municipais, fatores socioeconômicos, saneamento básico e grupos de indivíduos específicos apresentaram efeitos importantes na variação dos resultados em saúde, mostrando que os resultados em saúde são influenciados por outros fatores além do econômico.

4.3.1 Métodos da análise do impacto das despesas municipais de saúde sobre estrutura, processos e resultados da APS

Quanto às características desta seção, é possível considerá-lo predominantemente exploratório, quantitativo, com viés pragmático. Possui características de avaliação econômica parcial de saúde, um estudo de custo-consequência e um estudo de avaliação de políticas públicas em saúde (Brasil, 2008a; 2009; Sancho; Dain, 2012; Creswell, 2014).

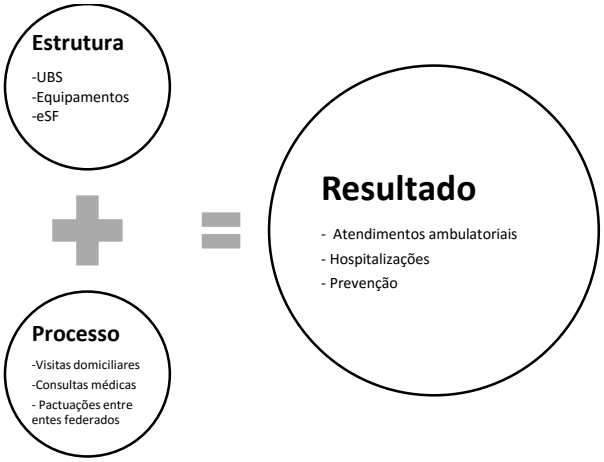
Os dados referentes às despesas municipais de saúde são da Secretaria do Tesouro Nacional[4] e do Ministério da Saúde[5]. Os dados foram manipulados para encontrar os valores *per capita*, valores percentuais ou, no caso de informações financeiras, aos preços correntes de 2004, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidos (INPC). Os dados são referentes aos 853 municípios do estado de Minas Gerais e variam entre o período de 2000 a 2013[6].

A Figura 4 apresenta um diagrama do modelo teórico, expondo que a estrutura da APS funciona por meio das Unidades Básicas de Saúde, com prestação de serviço pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família que utilizam baixa densidade tecnológica, representada pelos equipamentos (Equipamentos). Buscando desvincular-se de um sistema exclusivamente médico hospitalar, a estrutura da Atenção Primária visa possibilitar visitas domiciliares das eSF e as consultas ambulatoriais nas UBS, convergindo com os resultados iniciais, com o propósito de seguir as diretrizes descritas por Starfield (2004) e a PNAB. A Tabela 12 apresenta um resumo das variáveis inseridas nos painéis.

Assim, as dimensões *estrutura*, *processos* e *resultados* constituem a representação teórica da "ação" das políticas públicas de APS vigentes no País. A dimensão *estrutura* foi representada pelo número de UBS (UBS), de equipamentos (Equipamentos) e número de eSF (eSF), todos por mil habitantes. Representou-se a dimensão *processos* pelo número de visitas domiciliares por pessoa acompanhada pelas eSF (Visitas), número de consultas médicas por pessoa residente, acompanhadas pelas eSF (Consultas), número de consultas específicas para os casos de diabetes e hipertensão por residente, acompanhado pelas eSF (Hip&Diab) e a proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal (Prenatal).

[4] http://www.tesouro.fazenda.go.br/contas-anuais
[5] http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php
[6] Algumas variáveis não se encontraram disponíveis com todos os anos.

Figura 4 – Modelo hipotético para avaliação da *estrutura*, *processos* e *resultados* da APS



Fonte: Adaptado de Donabedian (1988)

Análises anteriores mostraram que a Atenção Primária tem enfatizado a população hipertensa e diabética. As doenças crônicas não transmissíveis constituem um sério problema de Saúde Pública, destacando a relevância da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, por serem importantes fatores de risco para morbimortalidade e por representarem um desafio para o sistema público de saúde brasileiro (Carvalho-Filha *et al*., 2014; Mendes *et al*., 2014). Também a partir das conclusões das etapas anteriores, inclui-se um indicador referente ao número de partos normais, pois, historicamente, a APS brasileira tem tradição de foco para a saúde materno infantil (Fontenelle, 2011; Mendes, 2015). Polgriane *et al*. (2014) e Viellas *et al*. (2014) citam que o Ministério da Saúde estabeleceu um protocolo que recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo. Também é possível encontrar essas variáveis nos indicadores de pactuações entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e os municípios para o repasse de recursos.

A dimensão teórica *resultados* foi representada pela quantidade de procedimentos ambulatoriais de média (Ambmedio) e alta complexidade (Ambalta) por 100 habitantes, pela quantidade de hospitalizações de média (Hospmedia) por 100 habitantes e pela alta complexidade (Hospalta) por mil habitantes. Ainda, foi adicionada a variável que corresponde à porcentagem de ICSAP (ICSAP). A PNAB define os papéis da APS no sistema de saúde, entre eles aqueles descritos por Starfield (2004), como acesso e coordenação no sistema de saúde. Neste sentido, os atendimentos ambulatoriais e as hospitalizações podem ser indicadores para avaliar o acesso ao sistema de saúde e a coordenação da rede, em um contexto em que a APS tem focado esforços para o fluxo de pacientes. No caso da variável ICSAP, pode-se verificar a questão da resolubilidade dos serviços de APS. Além disso, essas variáveis fazem parte do Objetivo 1.2 – garantir acesso da

população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada, segundo a Resolução 5, de 19 de junho de 2013 (Brasil, 2013).

A Equação 1 foi estabelecida com o propósito de avaliar o impacto das despesas municipais de saúde na *estrutura*, *processos* e *resultados* da APS:

$$f(estrutura,\ processo\ e\ resultado) = (Despesas\ municipais\ em\ saúde) + (Demanda\ pela\ APS) + (Saneamento\ básico\ e\ infraestrutura) + (Condições\ socioeconômicas) + \delta_{in} + e_i \quad (1)$$

$\boldsymbol{\delta_{in}}$ é o termo de efeitos fixos e $\mathbf{e_i}$ é o termo de erro aleatório não correlacionado com as variáveis independentes (Wooldridge, 2012). As variáveis dependentes foram apresentadas na descrição das dimensões teóricas (Figura 3). Estas variáveis foram regredidas sobre outros quatro grupos de variáveis independentes: "Despesas municipais em saúde", "Demanda pela APS", "Saneamento básico e infraestrutura" e "Fatores socioeconômicos". O primeiro grupo de variáveis independentes, as "Despesas municipais em saúde", corresponde aos valores das rubricas da função saúde que refletem o estágio de liquidação das despesas. Ou seja, a administração reconhece que os bens e serviços contratados foram concluídos e há obrigatoriedade do pagamento. Essas despesas formam o conjunto dos recursos próprios dos municípios e das transferências do estado e da União. As despesas municipais da função saúde são classificadas pelo Tesouro Nacional em "Atenção Básica" (Ab), "hospitalizações" (Hos), "suporte profilático" (Sp), "vigilância sanitária" (Vs), "vigilância epidemiológica" (Ve), "alimentação e nutrição" (An) e "outras despesas" (Od). Todas essas despesas *per capita*, de 2004 a 2013, foram analisadas a preços correntes de 2004, com base no INPC.

O grupo "Demanda pela Atenção Primária" levou em consideração os Pactos pela Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), que, historicamente, tem focado suas metas de saúde em três grupos de indivíduos: Crianças, Idosos e Gestantes (Mendes, 2015). O foco nestes grupos de indivíduos também foi mencionado nas análises feitas nas seções anteriores. Então, foram usadas como variáveis, o percentual de crianças (Crianças), percentual de idosos (Idosos) e o percentual de gestantes (Gestantes) acompanhados pelas eSF. Também, foi incluído neste grupo a variável "cobertura da Atenção Primária" (Cobertura), representada pela relação entre número de pessoas acompanhadas pelas eSF e a população do município. Foi excluída a variável "Cobertura" na avaliação da dimensão *estrutura*, tendo em vista que, teoricamente, ela define o tamanho da "Cobertura".

Foram inseridos no grupo "Saneamento básico e infraestrutura" variáveis que representam a porcentagem de domicílios com cobertura de energia elétrica (Energia), sistema de esgoto (Esgoto), rede de água potável (Água) e coleta de lixo (Lixo). Por fim, o grupo Fatores

Socioeconômicos apresentou as variáveis renda *per capita* (Renda), PIB *per capita* (PIB), percentual da população com baixa renda, inferior a meio salário mínimo (Baixarenda) e proporção de analfabetos (Analfabetos). Neste grupo, também foi adicionada a proporção de pessoas com cobertura de plano privado de saúde, acompanhadas pelas eSF (Planoprivado). As evidências mostraram que a iniciativa privada impacta na oferta e demanda por serviços na rede pública de saúde.

Tabela 12 – Variáveis inseridas na avaliação da estrutura, processos e resultado da APS

Variável	Dimensão	Descrição
UBS	Estrutura	Número de UBS por ml habitantes
Equipamentos		Número de equipamentos por mil habitantes
eSF		Número de Equipes de Saúde da Família (eSF) por mil habitantes
Visitas	Processos	Número de visitas domiciliares por pessoas acompanhada pelas eSF
Consultas		Número de consultas médicas por pessoa residente, acompanhadas pelas eSF
Hip&Diab		Número de consultas específicas para os casos de diabetes e hipertensão por residente, acompanhado pelas eSF
Prenatal		Proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal
Ambmedio	Resultados	Quantidade de procedimentos ambulatoriais de média complexidade por 100 habitantes
Ambalta		Quantidade de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade por 100 habitantes
Hospmedia		Quantidade de hospitalizações de média complexidade por 100 habitantes
Hospalta		Quantidade de hospitalizações de alta complexidade por mil habitantes
ICSAP		Porcentagem de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
Ab	Despesas municipais em saúde	Despesa *per capita* municipal com Atenção Básica
Hos		Despesa *per capita* municipal com Hospitalizações
Sp		Despesa *per capita* municipal com Suporte Profilático
Vs		Despesa *per capita* municipal com Vigilância Sanitária
Ve		Despesa *per capita* municipal com Vigilância Epidemiológica
Na		Despesa *per capita* municipal com Alimentação e Nutrição
Od		Despesa *per capita* municipal com Outras Despesas
Crianças	Demanda pela Atenção Primária	Percentual de crianças entre os indivíduos acompanhados pelas eSF.
Idosos		Percentual de idosos entre os indivíduos acompanhados pelas eSF.
Gestantes		Percentual de gestantes entre os indivíduos acompanhados pelas eSF.
Cobertura		Relação entre número de pessoas acompanhadas pelas eSF e a população do município.
Energia	Saneamento básico e infraestrutura	Porcentagem de domicílios com cobertura de energia elétrica
Esgoto		Porcentagem de domicílios com cobertura de sistema de esgoto.
Água		Porcentagem de domicílios com cobertura de
Lixo		Porcentagem de domicílios com cobertura de energia elétrica
Renda	Fatores socioeconômicos	Renda *per capita*
PIB		PIB *per capita*
Baixarenda		Percentual da população com baixa renda, inferior a meio salário mínimo
Analfabetos		Proporção de analfabetos
Planoprivado		Proporção de pessoas com cobertura de plano privado de saúde, acompanhadas pelas eSF

Fonte: Elaborado pelo autor

Com o propósito de eliminar observações atípicas, inicialmente, foram excluídas as observações do primeiro e do centésimo percentil, já que pela análise exploratória foi possível encontrar observações atípicas univariadas. Após esta execução, encontrou-se uma redução da assimetria de todas variáveis com a pena de eliminação de 2% do número de observações de todas variáveis envolvidas. Para complementar, foi realizada a remoção de observações atípicas multivariadas para cada uma das regressões deste estudo utilizando o critério do algoritimo *Blocked Adaptive Computationally Eficient Outlier Nominator* (BACON), proposto por Billor *et al*. (2000). Pelo critério BACON, qualquer distância severa é medida pelo critério da distância de Mahalanobis (Weber, 2010; Statacorp, 2013). As quantidades de observações atípicas multivariadas foram apresentadas nas tabelas das regressões. Para especificar cada regressão, foram utilizados painéis não-balanceados com efeitos fixos baseados na Equação 1. O modelo final foi obtido pela retirada, uma a uma, de variáveis que apresentaram coeficientes não-significantes, na ordem crescente dos valores da estatística *t*.

4.3.2 Resultados da análise do impacto das despesas municipais de saúde sobre *a estrutura, processos e resultados* da APS

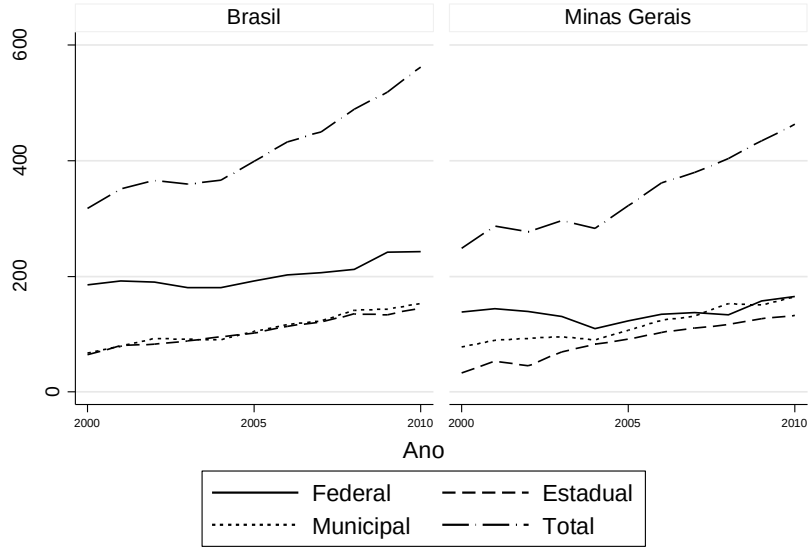
Antes da apresentação das regressões propostas para avaliar o modelo teórico deste estudo, a Figura 4 mostra a evolução da alocação de recursos financeiros em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), entre 2000 e 2010, no Brasil e em Minas Gerais. É possível observar um aumento ao longo dos anos das despesas *per capita* para os três entes da federação.

Para o estado de Minas Gerais, foi encontrada uma média de R$112,70 *per capita* de despesas municipais com ASPS (IC 95%[7] R$ 99,95 a R$125,46), superior à média estadual de R$ 96,68 (IC 95% R$82,96 a R$110, 40) e inferior à média federal, de R$ 169,90. No total, as despesas com ASPS em Minas Gerais entre os anos de 2000 a 2010 foi de R$ 380,21 (IC R$ 343,41 a R$ 417,02).

A Figura 4 mostra que, diferente do Brasil, em Minas Gerais as despesas *per capita* municipais foram superiores às estaduais e que a partir de 2008 estas despesas se aproximaram das despesas federais. Adicionalmente, os 853 municípios apresentaram uma média populacional, entre 2004 e 2013, de 23.078 (vinte e três mil e setenta e oito) habitantes (IC95% 21.064 a 25.091).

[7] Intervalo de confiança de 95%

Figura 5 - Despesas com ASPS financiadas por recursos próprios – ano base 2004, descapitalizadas pelo INPC



Fonte: Adaptada de Brasil (2012c)

As tabelas 12, 13 e 14 apresentam os coeficientes das regressões e as estatísticas. Todas regressões apresentaram-se significativas a 1% para o teste F, cuja hipótese nula testa a igualdade dos coeficientes a zero. Todas as regressões utilizaram efeitos fixos, com erro padrão robusto, ajustados por municípios, em razão da presença de erros invariáveis ao tempo, de heterocedasticidade e correlação serial de primeira ordem. O qui-quadrado para o teste de Hausman foi significativo[8] a 1% para o uso de efeitos fixos, o que já havia sido identificado como uma vantagem para analisar unidades independentes e heterogêneas com características específicas, como o caso dos municípios. As correlações diferentes de zero entre o termo de erro invariável ao tempo e as variáveis independentes (Corr (Ui_Xb)) ajudaram a mostrar que o modelo de efeitos aleatórios não seria aplicável. Quanto aos testes para homocedasticidade dos erros e autocorrelação serial, as estatísticas foram significativas a 1% para todos os testes de Wald e de Wooldridge.

A Tabela 13 apresenta as regressões para a dimensão estrutura. Encontrou-se, predominantemente, uma relação positiva entre as variáveis independentes do grupo "Despesas municipais com saúde" e as variáveis dependentes desta dimensão teórica. A despesa com APS (Ab) esteve especificada nas três regressões e, exclusivamente, na relação com a variável dependente UBS. Outras despesas especificadas foram despesas com hospitalizações (Hos), suporte profilático (Sp), vigilância epidemiológica (Ve) e outras despesas (Ods). Os coeficientes

[8] *significativo a 1%; ** significativo a 5%; *** significativo a 10%; sem asterisco significa que o coeficiente não é significativo.

das variáveis independentes alimentação e nutrição (An) e vigilância sanitária (Vs) não foram significativas em nenhuma das três regressões.

Tabela 13 - Coeficientes das regressões da dimensão *estrutura*

Variáveis	UBS		Equipamentos		eSF	
	Coeficiente	**T**	**Coeficientes**	**t**	**Coeficientes**	**t**
Constantes	-0,42303	-1,87	4,58913	4,25*	0,03793	0,59
Ab	0,00012	2,79*	0,00287	7,25*	0,00055	3,98*
Hos			0,00165	3,39 *	0,00046	3,60*
Sp					0,00048	2,26**
Ve			0,00982	2,57**		
Od			0,00224	4,55*	0,00030	3,49*
Renda	0,00207	3,33*	-0,01447	-4,91*		
Gestantes	0,01292	7,36*			0,00873	2,89*
Idosos	0,01199	2,79*	0,06340	4,15*	0,01640	4,07*
Crianças	0,01746	6,69*			0,01714	7,98*
Energia	-0,00353	-4,09*			-0,00258	-3,29*
PNAB2011	0,02566	3,26*	0,24793	5,25*	0,02535	3,82*
Teste geral (F)	F (7;821) = 17,34*		F (7; 821) = 39,11*		F (8;814) = 36,96*	
Hausman	χ^2 =193,06*		χ^2=118,38*		χ^2=70,60*	
Wooldridge	F(1;794) = 7,50*		F(1;794) = 266,97*		F(1;761) = 60,14*	
Wald	χ^2= 2,4e+35**		χ^2=2,8e+33*		χ^2= 2,7e+34*	
Corr (Ui_Xb)	-0,32		-0,74		0,21	
Rho	0,81		0,82		0,68	
R^2 dentro	0,13		0,18		0,34	
R^2 entre	0,35		0,02		0,84	
R^2 total	0,28		0,02		0,77	
Observações	4463		5994		4463	
Municípios	815		822		815	
Período	2005 a 2013		2005 a 2013		2007 a 2013	
Anos	7,3 (1 a 9)		7,3 (1 a 9)		5,5(1 a 7)	
Outliers multivariados	3		5		2	

Fonte: Elaboração própria

Com relação aos outros grupos de variáveis independentes, apenas a variável “Renda” foi especificada do grupo “Fatores socioeconômicos”, apresentando relação positiva com a variável UBS e negativa com a variável Equipamentos. Dentre as variáveis independentes do grupo “Demanda pela APS”, “Gestantes”, “Idosos” e “Crianças” apresentaram relação positiva. Com relação ao grupo Saneamento e Infraestrutura, apenas a variável Energia foi especificada com relação negativa.

Foram analisadas as diferenças entre os períodos antes e depois das PNAB de 2006 e 2001. Encontrou-se um coeficiente positivo para a variável binária PNAB2011 e nenhuma significância para a variável binária PNAB2006.

Tabela 14 – Coeficientes das regressões da dimensão *processos*

	Visitas		Prenatal		Consultas		Hip&Dia	
	Coeficiente	**T**	**Coeficientes**	**T**	**Coeficientes**	**T**	**Coeficientes**	**T**
Constante	3,12556	7,44*	102,57020	9,85*	0,79874	3,05*	0,39760	3,66*
Ab	0,00348	7,31*	0,01459	6,43*	0,00154	5,44*	0,00099	6,08*
Hos	0,00259	5,58*			0,00166	6,90*	0,00065	5,60*
Ve			0,10260	3,56*				
Ods	0,00309	4,59*	0,01011	3,93*	0,00118	4,08*	0,00049	4,53*
Renda			-0,16941	-11,86*				
Idosos	0,10124	7,27*	0,64353	4,05 *	0,04651	2,69*	0,04344	5,94*
Crianças	0,13519	7,43*	-0,11004	-2,60 *	0,06029	7,63*	0,01784	5,30*
Cobertura	-0,03188	-7,98*	0,04716	2,30*	-0,01125	-5,58*	-0,00456	-5,05*
Energia							-0,00400	-3,06*
Água			-0,15848	-3,11*				
Lixo			0,18688	3,53*				
PNAB2006					0,12375	2,46**	0,04234	2,28**
PNAB2011			10,14923	20,53*				
Geral (F)	F(6; 830)=50,20*		F(10; 836)= 97, 57*		F(7; 834)=33,45*		F(8; 834)=23,27*	
Hausman	χ^2=509,27*		χ^2 = 415,03*		χ^2=62,98*		χ^2=59,97*	
Wooldridge	F(1; 808)=23,92*		F(1; 811)=304,53*		F(1; 808)=10,22*		F(1; 806) = 53,04*	
Wald	χ^2=2,2e+32*		χ^2=4,5e+28*		χ^2=1,7e+34*		χ^2=1,6e+32*	
Corr(Ui_Xb)	0,47		-0,85		0,17		0,13	
Rho	0,70		0,87		0,38		0,64	
R^2 dentro	0,32		0,23		0,08		0,16	
R^2 entre	0,79		0,18		0,69		0,59	
R^2 total	0,69		0,08		0,42		0,42	
Observações	6841		6709		6729		6733	
Municípios	831		837		835		835	
Período	2004 a 2013		2004 a 2012		2004 a 2013		2004 a 2013	
Anos	8,2 (1 a 10)		8,0 (1 a 9)		8,1 (1 a 10)		8,1 (1 a 10)	
Outlier multivariados	13		13		13		13	

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 14 mostra os coeficientes das regressões para a dimensão teórica *processos*. Os coeficientes da variável "Ab" foram positivos nas quatro regressões desta dimensão. Quando especificados, os coeficientes das variáveis "Hos", "Ve" e "Ods" também foram positivos. Porém, as variáveis "Vs", "Sp" e "An" não foram significativas nesta dimensão.

Nesta dimensão, a variável "Renda" foi novamente a única representante do grupo "Fatores socioeconômicos", apresentando relação negativa com "Prenatal". Do grupo "Demanda pela APS", "Idosos" e "Crianças" apresentaram, predominantemente, relação positiva e a variável "Cobertura", relação negativa. Desta vez, o grupo "Saneamento Básico" apresentou as variáveis "Energia" e "Água" com relação negativa e "Lixo" com relação positiva.

A Tabela 14 também mostra que o coeficiente da variável "PNAB2006" foi positivo para as variáveis dependentes "Consultas" e "Hip&Dia" e o coeficiente da variável "PNAB2011" foi positivo com a variável dependente Prenatal.

A Tabela 15 exibe os coeficientes das variáveis inseridas na dimensão *resultado*, para qual as variáveis "Ab" e "Hos" apresentaram relação positiva com as variáveis dependentes, exceto, para a variável "ICSAP". No caso de "ICSAP", os coeficientes das variáveis do grupo Despesas

municipais em saúde apresentaram relação negativa, exceto para a variável “Sp”. As variáveis “Ve” e “An” não foram significativas nesta dimensão.

Do grupo “Fatores socioeconômicos”, as variáveis “Renda”, “Pib”, “Planoprivado” e “Baixarenda” foram especificadas. A relação da variável “Renda” foi negativa com todas variáveis dependentes, exceto “ICSAP” para a qual não foi especificada. Os coeficientes das variáveis “Pib”, “Planoprivado” e “Baixarenda” apresentaram-se positivos quando especificados (Tabela 15).

Variáveis independentes do grupo “Demanda pela APS” também foram especificadas na dimensão “Resultados”, apresentando as variáveis “Gestantes”, “Idosos”, “Crianças” e “Cobertura” com relações positivas. Por outro lado, as variáveis do grupo “Saneamento básico e infraestrutura”, “Água”, “Energia” e “Lixo” apresentaram-se especificadas com efeito negativo, exceto na relação da variável “Lixo” com “Ambmedio” que se apresentou positiva.

Na dimensão Resultados, a variável binária PNAB2011 apresentou relação positiva com as variáveis dependentes “Hospmedia” e “Ambalta” e negativamente relacionada com a variável dependente ICSAP.

Tabela 15 – Coeficientes da dimensão *resultados*

Variáveis	Ambmedio		Hospmedia		Ambalta		Hospalta		ICSAP	
	Coeficiente	T	Coeficientes	T	Coeficientes	T	Coeficientes	T	Coeficientes	T
Constantes	1,55684	5,22*	5,81870	6,69*	3,94850	6,10*	9,13424	5,39*	30,96861	50,50*
Ab	0,00029	4,51*	0,00042	2,36**	0,00046	3,41*	0,00065	2,29*	-0,00407	-4,60*
Hos					0,00034	2,22**			-0,00299	-3,33*
Sp									-0,01245	-2,49*
Vs									0,04728	2,89*
Ods	0,00027	4,04*	0,00057	3,60*	0,00043	3,08**			-0,00219	-2,05*
Renda	-0,00441	-5,39*	-0,01104	-4,95*	-0,00870	-5,06*	-0,02628	-5,94*		
PIB	0,00001	3,81*					0,00007	3,35*		
Planoprivado					0,01701	3,37*	0,02439	2,28**		
Baixarenda					0,00115	2,20**				
Gestantes			0,21423	9,27*	0,01598	2,17*	0,12328	6,09*	0,18720	4,68*
Idosos	0,05215	9,45*	0,05714	2,78*	0,10939	7,38	0,34594	9,52*		
Criança			0,03749	6,38*	0,00759	2,50	0,03861	5,14*	0,04073	2,05*
Cobertura			1,94665	7,50*	0,64486	3,87*	1,36832	3,78*		
Energia	-0,00677	-4,51*	-0,02441	-6,16*	-0,01414	-4,47*	-0,05849	-7,84*		
Água	-0,00429	-2,61*			-0,00449	-2,10**				
Lixo	0,00525	3,01*							-0,03231	-3,30*
PNAB2011			0,07329	2,57*	0,34171	15,67*			-0,55536	-2,94*
Geral (F)	F(8; 811) = 36,83*		F(10; 812) = 24,36*		F(13; 810) = 60,89*		F(9; 812) = 20,81*		F(9; 827) = 11,06*	
Hausman	χ^2=175,39*		χ^2=158,52*		χ^2=142,41*		χ^2=179,22*		χ^2=51,64*	
Wooldridge	F(1; 756) = 31,29*		F(1; 739) = 100,42*		F(1; 723) = 243,08*		F(1; 739) = 20,58*		F(1,794) = 108,74*	
Wald	χ^2 = 1,7e+28*		χ^2=1,3e+32*		χ^2=6,6e+31*		χ^2=1,5e+33*		χ^2=2,5e+32*	
Corr (Ui_Xb)	-0,90		-0,60		-0,86		-0,92		0,11	
Rho	0,89		0,92		0,94		0,90		0,74	
R² dentro	0,12		0,27		0,33		0,12		0,03	
R² entre	0,02		0,05		0,19		0,06		0,05	
R² total	0,00		0,05		0,10		0,03		0,05	
Observações	3635		3656		3594		3656		6614	
Municípios	812		813		811		813		828	
Período	2008 a 2012		2008 a 2012		2008 a 2012		2008 a 2012		2004 a 2013	
Anos	4,5(1 a 5)		4,5(1 a 5)		4,4 (1 a 5)		4,5 (1 a 5)		8,0 (1 a 10)	
Outliers multivariados	1		2		1		2		6	

Fonte: Resultados da Pesquisa

Para complementar as informações fornecidas pelas regressões, foi apresentado na Tabela 16 as estatísticas descritivas das variáveis inseridas nas regressões. Com relação as variáveis dependentes da dimensão *estrutura*, foi encontrada uma média de 0,49 para a variável "UBS" (IC 95% 0,48 a 0,50), 1,35 para "Equipamentos" (IC 95% de 1,31 a 1,39) e 0,49 para "eSF" (IC95% 0,48 a 0,51). Com relação as variáveis dependentes da dimensão *processo*, observou-se uma média de 4,22 para "Visitas" (IC 95% de 4,13 a 5,31), 61,15% para "Gestantes" (IC 95% de 60,73% a 61,56%), 1,88 para "Consultas" (IC95% de 1,83 a 1,94) e 0,71 (IC95% de 0,69 a 0,73) para "Hip&Dia".

Tabela 16 – Estatísticas descritivas das variáveis do estudo (continua)

Variável		Média	Desvio	Mínimo	Máximo	Observações	
UBS	Total	0,49	0,57	0,00	5,24	N	7434,00
	Entre		0,57	0,01	5,17	n	847,00
	Intra		0,23	-1,49	4,57	t	8,77
Equipamentos	Total	1,35	1,85	0,00	13,01	N	7434,00
	Entre		1,57	0,00	11,17	n	851,00
	Intra		1,11	-7,00	11,98	t	8,74
eSF	Total	0,49	0,56	0,02	5,16	N	5765,00
	Entre		0,55	0,02	4,94	n	845,00
	Intra		0,18	-2,14	4,55	t	6,82
Visitas	Total	4,22	4,08	0,00	30,80	N	8087,00
	Entre		4,25	0,03	30,22	n	846,00
	Intra		1,71	-13,35	26,57	t	9,56
Hip&Dia	Total	0,71	0,98	0,01	9,22	N	8030,00
	Entre		0,92	0,01	8,86	n	849,00
	Intra		0,49	-4,02	8,08	t	9,46
Consultas	Total	1,88	2,63	0,01	27,35	N	8027,00
	Entre		2,43	0,01	25,02	n	850,00
	Intra		1,52	-9,69	24,65	t	9,44
Prenatal	Total	61,15	18,45	13,16	100,00	N	7600,00
	Entre		13,74	21,95	92,31	n	853,00
	Intra		12,38	5,28	108,29	t	8,91
Hospmedia	Total	4,20	1,55	0,49	14,55	N	4265,00
	Entre		1,45	0,71	12,56	n	853,00
	Intra		0,55	0,48	7,50	t	5,00
Hospalta	Total	2,50	1,74	0,00	26,78	N	4265,00
	Entre		1,33	0,32	13,06	n	853,00
	Intra		1,12	-4,95	20,58	t	5,00
Ambmedia	Total	0,34	0,30	0,00	1,63	N	4223,00
	Entre		0,24	0,01	1,60	n	853,00
	Intra		0,19	-0,64	1.35	t	4,95
Ambalta	Total	2,04	0,99	0,29	5,38	N	4183,00
	Entre		0,89	0,35	4,96	n	852,00
	Intra		0,48	0,07	4,66	t	4,91
ICSAP	Total	29,09	9,55	0,00	72,03	N	8530,00
	Entre		8,29	10,94	59,64	n	853,00
	Intra		4,75	4,47	70,38	t	10,00
Ab	Total	198,34	328.39	0,00	4984,42	N	8102,00
	Entre		310,65	0,00	3439,07	n	852,00
	Intra		135,74	-2153,36	2668,61	t	9,51
Hos	Total	144,79	520,75	0,00	14957,34	N	8017,00

(Conclusão)

Variável		Média	Desvio	Mínimo	Máximo	Observações	
Hos	Total	144,79	520,75	0,00	14957,34	N	8017,00
	Entre		522,99	0,00	9403,66	n	850,00
	Intra		269,66	-9258,86	7585,44	t	9,43
Sp	Total	5,57	23,43	0,00	658,93	N	7866,00
	Entre		18,68	0,00	290,49	n	853,00
	Intra		15,95	-284,92	504,23	t	9,22
Vs	Total	3,15	9,31	0,00	232,78	N	7982,00
	Entre		7,73	0,00	132,12	n	853,00
	Intra		5,19	-84,09	128,94	t	9,36
Ve	Total	8,99	28.77	0,00	836,52	N	8043,00
	Entre		27,50	0,00	487,12	n	852,00
	Intra		12,82	-472,57	358,40	t	9,44
Ods	Total	57,77	182,41	0,00	3815,47	N	7986,00
	Entre		175,06	0,00	3384,60	n	852,00
	Intra		120,35	-1592,42	2624,77	t	9,37
PIB	Total	7404,56	5640,07	1643,79	49408,62	N	8445,00
	Entre		5895,89	2257,59	44082,56	n	852,00
	Intra		1730,05	-11121,70	27499,74	t	9,91
Renda	Total	362,44	127,83	125,48	1320,92	N	8530,00
	Entre		127,82	126,59	1286,71	n	853,00
	Intra		4,44	351,15	396,65	t	10,00
Baixarenda	Total	53,76	18,57	11,45	91,77	N	8530,00
	Entre		10,91	29,80	75,31	n	853,00
	Intra		15,04	11,20	93.05	t	10,00
Gestante	Total	7,51	4,53	0,00	38,36	N	8445,00
	Entre		3,80	0,00	38,22	n	853,00
	Intra		2,85	-12,24	33,12	t	9,90
Idoso	Total	12,83	3,68	0,00	20,55	N	8447,00
	Entre		2,77	0,00	18,86	n	853,00
	Intra		2,46	-3,85	25,92	t	9,90
Criança	Total	10,28	9,54	0,00	70,93	N	8053,00
	Entre		10,06	0,04	67,70	n	845,00
	Intra		4,09	-33,82	55,50	t	9,53
Cobertura	Total	87,20	18,64	17,64	100	N	8182,00
	Entre		14,93	30,65	100	n	853,00
	Intra		11,76	17,90	156,54	t	9,59
Privado	Total	6,48	6,54	0,00	32,90	N	8445,00
	Entre		5,95	0,00	31,68	n	852,00
	Intra		3,00	-17,03	32,30	t	9,92
Agua	Total	69,89	23,77	0,00	100,00	N	8530,00
	Entre		20,08	0,00	100,00	n	853,00
	Intra		12,74	-20,02	158,22	t	10,00
Lixo	Total	67,95	25,58	0,00	100,00	N	8530,00
	Entre		22,02	0,00	99,99	n	853,00
	Intra		13,04	-22,00	157,07	t	10,00
Energia	Total	92,26	18,39	0,00	100	N	8530,00
	Entre		11.03889	0,00	99,95	n	853,00
	Intra		14,71	2,38	180,55	t	10,00
População	Total	23.078,00	94869,13	807,00	2.479.165,00	N	8530,00
	Entre		94885,73	857,40	2.404.959,00	n	853,00
	Intra		2520,18	-54.831,38	97.284,62	t	10,00

Fonte: Resultados da Pesquisa

Para a dimensão *resultados*, foi encontrada uma média de 4,2 para a variável "Hospmedia" (IC95% de 4,15 a 4,25) e uma média de 2,49 para "Hospalta" (IC95% de 2,44 a 2,55). Uma média

de 0,33 (IC95% de 0,32 a 0,34) para “Ambmedia” e 2,03 para “Ambalta’ (IC95% de 2,00 a 2,06). A “ICSAP” apresentou uma média de 29,09% por município (IC95% de 28,88% a 29,29%).

Com relação às despesas municipais, foi observada uma média de R$ 198,34 (IC 95% de R$191,19 a R$205,49) para “Ab”, R$ 144,79 para “Hos” (IC 95% de R$133,39 a R$156, 20), R$5,56 para “Sp” (IC95% de R$5,05 a R$6,08), R$3,15 para “Vs” (IC 95% de R$2,94 a R$3,35), R$8,99 para “Ve” (IC95% de R$8,36 a R$9,62) e R$ 57,77 para “Ods” (IC 95% de R$53,77 a R$61,77).

Com relação aos outros grupos de variáveis independentes como “Fatores Socioeconômicos”, o “Pib”, apresentou média de R$ 7.404,56 (IC95% de R$7.274,23 a R$7.524,87), “Renda”, de R$ 362,44 (IC95% de R$ 359,72 a R$ 365,16), “Baixarenda”, de 53,75% (IC95% de 53,36% a 54,15%) e “Planoprivado”, de 6,48% (IC95% de 3,34% a 6,62%). No grupo “Demanda pela APS”, a média da variável “Gestante”, foi de 7,51% (IC95% 7,41% a 7,60%), “Idosos”, de 12,82 (IC95% de 12,75% a 12,90%), Crianças de 10,27% (IC95% de 10,06% a 10,48%) e “Cobertura”, de 87,20% (IC95% 86,80% a 87,60%).

Quanto ao grupo “Saneamento básico e infraestrutura”, a média da variável “Água”, foi de 69,9% (IC95% de 69,38% a 70,39%), de “Lixo”, é 67,94% (IC95% de 67,40% a 68,49%), de “Energia”, 92,26% (IC95% de 91,87% a 92,65%) e “Esgoto”, de 58,65% (IC95% de 57,97% a 59,34%).

Além das estatísticas com o total das observações, a Tabela 16 ainda exibe as estatísticas descritivas entre os municípios (Entre) e ao longo dos anos (Intra). As informações entre os municípios mostram uma elevada dispersão quando comparadas às informações ao longo dos anos em cada município, justificando a aplicabilidade do modelo de efeitos fixos nesta análise.

4.3.3 Discussão da análise do impacto das despesas municipais de saúde sobre estrutura, processos e resultados da APS

As estatísticas descritivas apresentadas mostram que a APS em Minas Gerais possui uma elevada cobertura sobre os indivíduos de menor renda, com menor estrutura de saneamento básico e infraestrutura e com menor acesso ao sistema privado de saúde. Esses achados vão ao encontro da literatura apresentada, que menciona característica histórica da Saúde Pública no País. Pode-se adicionar a estas informações que as atuais políticas públicas de Atenção Primária têm focado na cobertura de indivíduos vinculados aos programas sociais de governo e nas ações em parceria com

o Ministério da Educação em escolas públicas municipais. Associado com o aumento dos investimentos em saúde municipal, pode-se inferir que as ações e os serviços públicos de saúde têm focado na redução de inequidades em saúde, com ampliação do acesso da demanda latente, conforme definido desde a Constituição de 1988 e agora destacado na Política Nacional da Atenção Básica e Lei 141 de 2012. O aumento do investimento na APS possibilita o acesso de pessoas que antes não tinham acesso ao sistema de saúde. Então, os resultados positivos aqui encontrados sobre o tamanho dos efeitos das despesas municipais sobre as variáveis podem estar mais associados a captação da demanda latente e aumento do fluxo de pacientes.

Foi possível inferir que os municípios vêm alcançando obtendo mais importância no financiamento das ASPS em relação ao estado e a União. A APS tem sido legitimada, por uma visão macroinstitucional, como estratégia por meio da alocação de recursos financeiros (Figura 4).

Os resultados das regressões propostas evidenciaram que a alocação financeira municipal contribui para ampliação do acesso à APS. Infere-se que o período analisado está associado tanto ao aumento dos investimentos municipais em APS quanto à ampliação da rede de serviços deste nível. Ademais, a relação positiva entre as despesas de APS e os atendimentos ambulatoriais e hospitalizações pode evidenciar o aumento do fluxo de usuários ao longo da RAS.

Além da influência das despesas municipais em saúde, foco desta seção, observou-se a importância de outras dimensões para o aumento do acesso à APS. As influências de variáveis associadas aos fatores socioeconômicos neste estudo levam a inferir que houve um aumento do acesso de indivíduos de menor renda no nível ambulatorial e nas hospitalizações, referenciados pela APS.

Além dos investimentos em APS, observam-se a presença de outras despesas municipais em saúde na avaliação proposta. A inclinação da gestão municipal para investimentos em saúde pode ser uma explicação para este evento. Ou seja, a gestão municipal de saúde pode estar mais apta a investir nas outras funções da saúde quando está investindo mais em APS. Uma outra suposição é que a demanda manifesta provocada pela Atenção Primária também obriga o município a investir em outros níveis de atenção.

Além da importância que a “Cobertura” apresentou neste estudo para o aumento da demanda pela APS, foi observado que a proporção de “Idosos”, “Gestantes” e “Crianças” parece estar associada ao acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalizações, nos níveis de média e alta complexidade.

Além de possibilitar uma reflexão sobre a ampliação da cobertura e do acesso, a especificação da regressão sobre a variável dependente “ICSAP” possibilitou analisar a resolutividade, definida na PNAB. Alguns autores citados caracterizaram a baixa resolubilidade

da APS. Porém, a relação negativa das despesas municipais com a variável “ICSAP” e a relação positiva com as variáveis que representaram atendimentos ambulatoriais e hospitalizações, mostra que a APS pode estar alcançando uma redução de hospitalizações sensíveis por meio do aumentado de encaminhamentos de pacientes na RAS. Estes resultados vão ao encontro das análises anteriores sobre o esforço operacional dos municípios para encaminhar usuários para as referências de média e alta complexidade.

O aumento da “Renda” pode estar relacionado negativamente ao acesso aos serviços de APS, principalmente pelo modo como o governo tem alocado seus recursos em ASPS. Do grupo de “Fatores socioeconômicos”, aquela variável mostrou ser a mais relevante para as regressões propostas. Associando a especificação da variável “Renda, com “Pib” e “Planoprivado”, indica que apesar do aumento do fluxo provocado pela Atenção Primária, questões econômicas ainda são importantes para definir o acesso aos serviços de média e alta complexidade. O acesso aos serviços de saúde dos outros níveis de atenção parece estar mais associado aos municípios mais desenvolvidos ou com maior proporção de população com acesso aos serviços privados de saúde.

Por fim, pode-se inferir que o impacto das despesas municipais se apresentaram importantes para a variação das dimensões *estrutura*, *processos* e *resultados* da APS. No entanto, apesar da importância observada para a ampliação do acesso e da resolubilidade da APS, os efeitos destas despesas apresentaram-se inferiores ao impacto de outras variáveis como “Saneamento básico e infraestrutura”, “Demanda pela APS” e “Fatores socioeconômicos”, contribuindo para a ideia de que os resultados em saúde possuem outros fatores determinantes além do econômico.

4.4 As despesas municipais em saúde impactam as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária?

Na seção anterior constatou-se uma ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade associada ao aumento das despesas municipais com saúde. Por outro lado, observou-se uma relação negativa com a variável “ICSAP”. Diferentes das outras variáveis utilizadas para representar o acesso aos níveis de média e alta complexidade, a ICSAP mede diretamente o impacto das ações da APS. Então, esta seção pretende fazer uma análise minuciosa do impacto dos investimentos municipais sobre as ICSAP que é um dos principais indicadores contemporâneos para avaliar a eficácia da Atenção Primária.

4.4.1 Métodos da análise do impacto das despesas municipais nas ICSAP

Os dados secundários utilizados na análise deste estudo também se referem aos 853 municípios do Estado de Minas Gerais. Este estudo é classificado como uma avaliação econômica parcial em saúde, segundo Brasil (2009) e Bosi e Uchimura (2007) e um estudo de avaliação de Políticas Públicas como descrito por Derlien (2001), Trevisan e Bellen (2008) e Ramos e Schabbach (2012).

A análise foi desenvolvida a partir da Equação 2:

$$\boldsymbol{f(ICSAP) = (Despesas\ municipais) + (Demanda\ pela\ atenção\ básica) + (Saneamento\ Básico\ e\ Infraestrutura) + (Fatores\ Socioeconômicos) + e_i} \quad (2)$$

e_i é o termo de erro da equação, também representando as variáveis não observáveis do modelo. A variável ICSAP é a porcentagem de ICSAP, formada pela participação percentual dos 19 grupos de doenças classificados como sensíveis à Atenção Básica, sobre o total de internações. Como debatido nos tópicos anteriores, pode representar uma variável de eficácia do sistema de saúde municipal. Esta variável será regredida sobre as variáveis independentes agrupadas em quatro grupos teóricos já apresentados e separados em "Despesas municipais em saúde", "Demanda pela APS", "Saneamento Básico e Infraestrutura" e "Fatores Socioeconômicos". Todas estas variáveis estão disponíveis nos bancos de dados oficiais da Secretaria do Tesouro Nacional[9] e do Ministério da Saúde[10]. O primeiro grupo que representou as variáveis de Despesas Municipais em saúde foi composto pelas rubricas da função saúde de acordo com o Tesouro Nacional. Esses valores refletem o estágio da liquidação da despesa, ou seja, a administração reconhece que os bens e os serviços contratados foram concluídos e que há obrigatoriedade do pagamento. Essas despesas formam o conjunto de recursos próprios dos municípios e transferências do estado e União. As rubricas das despesas municipais da função saúde são classificadas pelo Tesouro Nacional em: Atenção Primária (Ab), hospitalizações (Ho), suporte profilático (Sp), vigilância sanitária (Vs), vigilância epidemiológica (Ve), alimentação e nutrição (An) e outras despesas (Od). Para efeito de comparação, todas essas variáveis foram descapitalizadas para o ano base de 2004 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC).

[9] http://www.tesouro.fazenda.gov.br/contas-anuais. Último acesso em 14 jan. 2015
[10] http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php. Último acesso em 14 de jan. 2015

Como a literatura em saúde e APS reforçam a importância do ambiente (pobreza, saneamento básico, educação, porte do município etc.) nos resultados obtidos pelo sistema de saúde, foi adicionado ao modelo proposto variáveis de controle, divididas nos outros três grupos teóricos, como mostrou a Equação 2. O grupo que representa a "Demanda pela APS" que levou em consideração os Pactos pela Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2006b) que, historicamente, tem focado, principalmente, em três grupos de indivíduos: Crianças (Crian), Idosos (Idos) e Gestantes (Gest). Supõe-se que a maior participação destes indivíduos acompanhados pelas equipes de saúde possa influenciar diretamente a demanda por ICSAP, dado o esforço colocado nas ações de APS para cumprir metas relacionadas a estes indivíduos. Também foi adicionado a este grupo teórico, a proporção de pessoas acompanhadas pelas equipes de saúde com cobertura de plano privado de saúde (Priv), pois as evidências desta tese apontam para a influência do setor privado na oferta e demanda pelos serviços públicos de saúde. Supõe-se, também, que o indivíduo com cobertura privada optou por escolhê-lo para suprir as necessidades não atendidas pelo sistema público. Se o sistema público fosse a primeira opção de uso, ou no caso de restrições econômicas, supõe-se que o sistema privado não seria escolhido pelo indivíduo. Por fim, neste grupo teórico, foi adicionada a variável cobertura da Atenção Primária (Cober). Supõe-se que o aumento da cobertura pode facilitar o acesso aos serviços de saúde e aumentar a demanda latente, com isso, influenciando a variação das ICSAP.

As variáveis do grupo "Saneamento Básico e Infraestrutura" são aquelas que representam a porcentagem de cobertura de domicílios com energia elétrica (Ener), sistema de esgoto (Esg), rede de água potável (Agu) e coleta de lixo (Lix).

Por fim, foram inseridos no último grupo que buscou representar os "Fatores socioeconômicos", as variáveis PIB *per capita* (Pib), percentual da população com baixa renda (Baix), inferiores a meio salário mínimo, renda domiciliar *per capita* (Rend) e proporção de analfabetos (Anb). Com relação ao analfabetismo, acredita-se que o fator educação pode estar relacionado com aspectos cognitivos que auxiliem na prevenção de condições sensíveis.

Na análise inicial dos dados, foi realizada uma análise exploratória com o propósito de compreender as características de cada uma das variáveis envolvidas na Equação 2. Então, pelas características da distribuição dos dados e presença de observações discrepantes univariadas, foram retirados o 1º e 100º percentil de todas variáveis, sendo esta ação suficiente para obter uma assimetria próxima de 0 para todas as variáveis. Esta retirada de observações atípicas univariadas fez com que fossem perdidas, aproximadamente, 2% de observações para cada variável. Adicionalmente, com o propósito de retirar observações atípicas com discrepância multivariada, foi utilizado o critério do algoritimo *Blocked Adaptive Computationally Eficient Outlier*

Nominator (*BACON*), proposto por Billor *et al*. (2000). Foi utilizado o décimo quinto (p = 0,15) percentil da distribuição de qui-quadrado como critério de separação entre observações atípicas e não atípicas. Pelo critério *BACON*, qualquer distância severa é medida pelo critério da distância de Mahalanobis (Weber, 2010; Statacorp, 2013). Este critério detectou a presença de seis observações com discrepância multivariada, considerando todas as variáveis incluídas na Equação 2.

Após toda a análise exploratória, prosseguiu-se com a especificação da Equação 2, por meio do Stata 13, utilizando 7.193 (sete mil, cento e noventa e três) observações de 838 municípios entre 2004 e 2013. Buscou-se a melhor especificação utilizando um painel de efeitos fixos, não balanceado, em que as variáveis não significativas foram retiradas do modelo, uma a uma (método *backward*), seguindo uma ordem crescente da estatística t. O limite para a manutenção da variável no modelo foi o valor de t de 1,96, o que corresponde à significância de 5%.

A Equação 2 mostrou o modelo com melhor especificação obtido, utilizando o modelo de efeitos fixos, segundo descrição de Baum (2006) e Wooldridge (2012). Além dos testes estatísticos mostrarem, a seguir, a necessidade de uso de efeitos fixos foi orientada a partir do trabalho de Alfradique *et al*. (2009) que ressaltou a importância de se considerar o controle de fatores ligados aos indivíduos na análise de ICSAP no Brasil, diretamente ou com o uso de *proxies*. Pela sua constituição, o modelo de efeitos fixos permite o controle destas variáveis específicas.

4.4.2 Resultados da análise do impacto das despesas municipais nas ICSAP

O modelo obtido com a melhor especificação está definido na Equação 3[11]:

$$\boldsymbol{f(ICSAP)} = \left(\underset{t\ 50{,}52*}{31{,}25} + \underset{t\ -5{,}05*}{\text{-0,00612}Ab} + \underset{t\ 2{,}40*}{\text{1,16e-06}Ab^2} + \underset{t\ -3{,}99*}{\text{-0,0036}Ho} + \underset{\boldsymbol{t\ -2{,}82\ *}}{\boldsymbol{-0{,}01457Sp}} + \underset{t\ 2{,}87*}{0{,}046263Vs} + \underset{t\ -2{,}33**}{\text{-0,002489}Od} + \underset{\boldsymbol{t\ 4{,}79*}}{0{,}19236\ Gest} + \underset{\boldsymbol{t\ 4{,}79*}}{\boldsymbol{0{,}0487Crian}} + \underset{\boldsymbol{t\ -3{,}55*}}{\boldsymbol{-0{,}0352Lix}} + \boldsymbol{u_i} + \boldsymbol{\delta_{it}} \right)$$

(3)

Pelo uso do modelo de efeitos fixos, o termo de erro e_i da Equação 3 foi substituído pela soma dos termos ($u_i + \delta_{it}$), em que u_i é o termo de erro específico do município e δ_{it} é o termo de erro usual, média 0, sem correlações com as variáveis independente ou com u_i e homoscedástico.

[11] *significativo a 1%; ** significativo a 5%; ***significativo a 10%

A Equação 3 possibilitou rejeitar a hipótese nula de que todos os coeficientes são iguais a zero (F (9, 827) = 11,15*). Foi observada correlação superior a zero entre as variáveis independentes e o termo de erro u_i (corr(ui, Xb)= 0,0761), evidenciando a presença de variáveis específicas para cada município, invariantes ao tempo e adequação para o uso de efeitos fixos. A correlação intraclasse (rho = 0,7434) mostrou que a maior parte da variância do modelo ocorre em razão das diferenças ao longo do tempo, e não entre os municípios. O teste de Hausman (qui-quadrado = 54,82*) suporta a utilização de efeitos fixos em detrimento de efeitos aleatórios.

Em razão da presença de heteroscedasticidade e de correlação serial, apontada pelos testes de Wooldridge (F(1, 794) = 108,745*) e Wald (qui-quadrado =4,4e+32*), utilizou-se o modelo de efeito fixos com erro padrão robusto, corrigido pelos grupos de municípios (*cluster*), como sugerido por Wooldridge (2012) e StataCorp (2013). Os efeitos fixos exploram as relações entre as variáveis dependente e independentes em cada município, considerando as especificidades da gestão local, a qualificação profissional da saúde e a cultura, dentre outras especificidades possíveis nas diversas microrregiões e macrorregiões de saúde no estado de Minas Gerais. Então, os efeitos fixos isolam os efeitos das características invariantes ao tempo, de uma forma que seja possível avaliar o efeito líquido das variáveis independentes sobre a variável dependente ao longo dos anos. Outra suposição importante do modelo de efeitos fixos é que essas características invariantes ao tempo são únicas para os municípios e poderiam não ser correlacionadas com outros municípios. Se as variáveis não observáveis não mudam ao longo do tempo, qualquer mudança na variável dependente "ICSAP" deve ser considerada como uma variação ao longo dos anos de 2004 a 2013.

O valor do r^2 intra (3,29%) mostra a parcela de variância das ICSAP sujeita às variações das variáveis independentes ao longo dos anos. O modelo geral é suficiente para responder as questões de pesquisa propostas e atender ao objetivo do estudo.

Quanto aos coeficientes encontrados na Equação 3, adicionou-se efeitos quadráticos das variáveis, que apenas foi significativo para a despesa com APS (Ab). Essa interação ao quadrado, utilizando variáveis fatores[12] do Stata, mostra que a presença de um efeito marginal decrescente, ou seja, o acréscimo adicional de R$1,00 nas despesas *per capita* está associado a uma menor variação das ICSAP, até que se atinja um ponto de inflexão, onde a variação das ICSAP será 0. A Equação 3 mostrou que o aumento das despesas com APS está associado a uma redução da porcentagem de ICSAP, até que esta redução seja zerada, quando a despesa com APS *per capita*

[12] Variáveis fatores são extensões de variáveis existentes que criam indicadores de variáveis categóricas ou contínuas e são comuns com os comandos de pós estimação do Stata. O símbolo # representa uma interação entre duas variáveis. Para representar o tratamento entre variáveis contínuas e binárias foram usados, respectivamente, os operadores "c."e "i.".

(Ab) atingir R$ 2.638,00 (o cálculo seria ((0,006122/1,16e-06)/2). Este fator quadrático foi incluído por ter melhorado a eficiência do modelo, ou seja, aumento do teste F geral (F(9, 827)=11.15*) e por mostrar que o aumento das despesas com saúde somente é desejável até um certo ponto.

Tabela 17 – Derivadas e elasticidades dos coeficientes da Equação 3

ICSAP	dy/dx	Desvio padrão	z	ey/ex	Desvio padrão	z
Ab	-0,0057542	0,001096	-5,25*	-0,02908	0,005461	-5,32*
Hos	-0,003583	0,000899	-3,99*	-0,01188	0,0031583	-3,76*
Sp	-0,014565	0,005164	-2,82*	-0,00203	0,0007399	-2,74*
Vs	0,046263	0,016092	2,87**	0,00376	0,001286	2,92*
Od	-0,002489	0,001069	-2,33*	-0,00371	0,001642	-2,26**
Gest	0,192358	0,040127	-4,79*	0,04878	0,010054	-4,85*
Crian	0,0486585	0,0202174	2,41*	0,017157	0,007022	2,44*
Lix	0,035205	0,0202174	-3,55*	-0,08099	0,023023	-3,52*

Fonte: Resultados da pesquisa

Para compreender a magnitude do efeito das despesas municipais sobre a variação da "ICSAP", a Tabela 17 exibe as primeiras derivadas (dy/dx) e a elasticidade (d(lny)/d(lnx)) das variáveis independentes. As variáveis despesas com vigilância sanitária (Vs), proporção de gestantes (Gest) e crianças (Crian) foram as únicas que apresentaram relação positiva com "ICSAP".

Quanto à despesa com APS (Ab), a Tabela 17 mostrou que o efeito marginal absoluto da primeira derivada foi de -0,005754 (IC 95% -0,007902 a -0,0036057), o que permite inferir que nos 10 anos analisados os municípios mineiros precisariam aumentar, em média, R$ 173,78 (1/0,00575) *per capita* para obter uma redução adicional de 1% nas ICSAP. A presença do efeito quadrático pode estar associada com o maior investimento municipal do setor saúde e à estabilidade dos investimentos municipais nesta área em comparação com outras despesas do setor saúde. Assim, cada acréscimo *per capita* de R$ 173,00 tenderá a produzir um efeito marginal cada vez menor nas ICSAP.

A elasticidade [(d(lny)/d(lnx)], interpretada como uma mudança proporcional nas variáveis dependente e independentes, mostrou que o aumento de 1% nas despesas *per capita* com APS está associado a uma redução proporcional de 0,03% da variável ICSAP. Apesar de não ter o maior efeito marginal absoluto (dx/dy), a despesa com APS possui a maior elasticidade entre as despesas da função saúde, não levando em consideração as variáveis de controle (Gest, Crian e Lix).

De outro lado, percebe-se que no modelo o percentual de gestantes (Gest), crianças (Crian) e a cobertura de coleta de lixo (Lix) possuem grande elasticidade em comparação com as despesas municipais com saúde. Como observado na seção anterior, estes resultados levam a inferir sobre a

importância do ambiente e do perfil dos indivíduos acompanhados nos resultados da saúde, como mencionado na literatura deste trabalho.

A Tabela 18 exibe a análise descritiva das variáveis especificadas pela Equação 3 que suporta as interpretações dos coeficientes das equações. A média de 30% para ICSAP (IC 95% 29,31% a 29,77%) se aproxima das médias encontradas nos estudos de Cardoso *et al*. (2013) e Alfradique *et al*. (2009). Para complementar os dados exibidos, além destas variáveis da Tabela 18, os municípios analisados apresentaram média de 20.988 habitantes (mediana de 7.974 habitantes). A média absoluta de ICSAP é de 267 internações por município (IC 95% 258,22 a 276,02), considerando as hospitalizações por residentes (mediana de 123 ICSAP). A média do PIB *per capita* a preços correntes de 2004 foi de R$ 7.168,88 (IC 95% R$7.038,91 a R$ 7.298,84 e mediana de R$ 5.557,88) e renda *per capita* a preços correntes de 2004 de R$ 351,97 (IC 95% R$349,11 a R$354,84 e mediana de R$ 340,00).

Tabela 18 – Estatísticas descritivas das variáveis da Equação 3

Variável		Média	Desvio padrão	Min	Max	Observações	
ICSAP	Total	29,54	9,58	0,00	72,03	N	6614,00
	Entre		8,44	10,68	59,81	n	828,00
	Intra		4,61		70,84	t	7,99
Ab	Total	158,69	181,65	0,00	3103,22	N	6614,00
	Entre		189,66	0,00	2032,62	n	828,00
	Intra		91,29		2032,93	t	7,99
Hos	Total	93,79	177,76	0,00	3099,68	N	6614,00
	Entre		230,33	0,00	3096,22	n	828,00
	Intra		79,13		1198,76	t	7,99
Sp	Total	3,89	13,96	0,00	301,92	N	6614,00
	Entre		12,88	0,00	246,41	n	828,00
	Intra		9,71		268,08	t	7,99
Vs	Total	2,35	5,65	0,00	75,67	N	6614,00
	Entre		5,38	0,00	73,70	n	828
	Intra		3,78		60,07	t	7,99
Od	Total	42,45	106,72	0,00	2252,85	N	6614,00
	Entre		105,91	0,00	2060,70	n	828,00
	Intra		67,09		1044,97	t	7,99
Gest	Total	7,54	4,41	0,00	38,36	N	6614,00
	Entre		4,22	0,00	38,21	n	828,00
	Intra		2,46		30,67	t	7,99
Crian	Total	10,29	9,21	0,00	70,82	N	6614,00
	Entre		9,60	0,00	69,25	n	828,00
	Intra		3,83		50,44	t	7,99
Lix	Total	67,26	24,40	0,00	100,00	N	6614,00
	Entre		22,38	0,00	99,99	n	828,00
	Intra		10,36		118,26	t	7,99
População	Total	20988,54	72395,67	807	2424292	N	8438
	Entre		94205,44	857,4	2382446	n	853
	Intra		2019,98		62834,34	t	9,89

Fonte: Resultados da pesquisa

Na Tabela 18 pode-se verificar que foram gastos R$ 159,00 com APS, sendo a maior média entre as despesas municipais com a função saúde. A maior parte dos municípios da amostra são considerados de pequeno porte, considerando a média apresentada. Estes pequenos municípios tendem a ter mais investimentos em APS, como porta de entrada do sistema, do que investimento em hospitalizações, ou seja, outros níveis de complexidade. A média para esta despesa foi quase o dobro das despesas com hospitalizações e 30 vezes superior às despesas com suporte profilático e vigilância sanitária. A importância da despesa com APS na saúde municipal também pode ser notada nas estatísticas da Tabela 18, se for observado na coluna de mínimos que esta foi a única despesa que não apresentou mínimo igual 0 entre os municípios (ver o mínimo entre). Isto mostra que em todos os anos, os municípios alocaram recursos em APS, diferente das outras despesas em saúde. Também foram encontrados municípios que aplicam recursos somente em APS, sem aplicar em outras funções saúde.

Quanto às variáveis de controle inseridas e significantes para o modelo, observa-se que, em média, apenas 67% das residências possuem coleta de lixo. Entre os grupos de indivíduos relevantes para o modelo proposto, em média, 8% correspondem às gestantes e 10% às crianças. Somente esses dois grupos correspondem a quase 20% do total de pessoas acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família dos municípios.

$$\boldsymbol{f(ICSAP)} = \left(\underset{t\ 50,47*}{\mathbf{30,9336}} + \underset{t\ -2,57**}{\textit{-0,00363Ab}} + \underset{t\ 3,26*}{\textit{1,76e-06Ab}^2} + \underset{\boldsymbol{t-2,23**}}{\mathbf{-0,0023245PNAB2006\#Ab}} + \underset{t\ -3,80*}{\textit{-0,00297Ho}} + \underset{\boldsymbol{t-2,53*}}{\mathbf{-0,01310Sp}} + \underset{t\ 2,97*}{\textit{0,04715Vs}} + \underset{t\ 4,75*}{\textit{-0,18898Gest}} + \underset{t\ 2,03*}{\textit{-0,04239Crian}} + \underset{\boldsymbol{t}\ -3,41*}{\textit{-0,0338Lix}} + \boldsymbol{u_i + \delta_{it}}\right) \quad (4)$$

$$\boldsymbol{f(ICSAP)} = \left(\underset{t\ 49,98*}{\textit{30,964}} + \underset{t\ -3,87*}{\textit{-0,00479Ab}} + \underset{t\ 3,19*}{\textit{1,51e-06Ab}^2} + \underset{\boldsymbol{t}\ 2,88*}{\mathbf{-0,00176PNAB2011\#Ab}} + \underset{t\ -3,28*}{\textit{-0,0029Ho}} + + \underset{\boldsymbol{t-2,42}\ **}{\mathbf{-0,0123Sp}} + \underset{t\ 2,63*}{\textit{0,044Vs}} + \underset{t\ 4,96*}{\textit{0,19897Gest}} + \underset{t\ 2,32**}{\textit{0,0468Crian}} + \underset{\boldsymbol{t}\ -3,66*}{\textit{-0,0361Lix}} + \boldsymbol{u_i + \delta_{it}}\right) \quad (5)$$

Tabela 19 – Derivadas e elasticidade da interação da despesa com APS e variáveis binárias do período anterior e posterior à PNAB de 2006 e 2011

Interações	dy/dx	Desvio padrão	z	ey/ex	Desvio padrão	z
Ab#antes2006	-0,00307	0,001339	-2,29**	-0,01262	0,00686	-1,84***
Ab#após2006	-0,00539	0,001069	-5,05*	-0,02562	0,00511	-5,01*
Ab#antes2011	-0,004309	0,001114	-3,95*	-0,02001	0,005341	-3,75*
Ab#após2011	-0,00606	0,0011203	-5,41*	-0,03013	0,00554	-5,42*

Fonte: Resultados da pesquisa.

Com relação ao impacto da PNAB, foi observada uma interação significativa entre a despesa com APS (Ab) e duas variáveis binárias criadas para representar o período anterior e

posterior à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2006 e 2011. Não se encontrou interação significativa entre estas variáveis binárias e as outras despesas da função saúde, exceto a interação com "Ab" (Equação 4 e 5).

Para a Equação 4 e Equação 5, a Tabela 19 mostra que após os anos das PNAB, antes de 2006 e antes de 2011, foi percebido um aumento do efeito marginal das despesas municipais. Enquanto o efeito antes da PNAB de 2006, calculado pelos coeficientes da Equação 4, foi de -0,0031 (IC 95% -0,00569 a -0,0004463) antes de 2006, passou para -0,00539 (IC 95% -0,0074915 a -0,0032997) após 2006. Isso quer dizer que antes de 2006 os municípios precisariam, em média, de R$ 335,00 (1/0,003071) adicionais para provocar uma redução de 1% nas ICSAP, passando a ser de R$ 185,00 (1/0,005396) após 2006, mostrando um ganho de produtividade médio do investimento com Atenção Primária, por real investido. Na mesma direção, a Equação 5 revela um efeito marginal maior após o ano de 2011. Antes de 2011 seriam necessários, em média, R$ 232,00 (1/0,004309) e após 2011, de R$ 164,000 (1/0,0060647), também mostrando um aumento da produtividade. No mesmo sentido, observou-se um aumento da elasticidade, que foi acompanhado pelo aumento médio das despesas com APS.

4.4.3 Discussão da análise do impacto das despesas municipais nas ICSAP

O modelo teórico proposto na Equação 2, especificado pelas equações 3, 4 e 5, possibilitou sustentar a hipótese de que as despesas municipais em saúde possuem importância na variação da porcentagem de ICSAP, como indicado na seção 4.3. Esses resultados vão ao encontro dos achados de Alfradique *et al*., (2009), Fontenelle, 2011 e Cardoso *et al*., (2013), entre outros citados, que também encontraram resultados semelhantes. As equações obtidas também estão em consonância com as médias apresentadas para ICSAP encontradas em outros estudos, como os de Alfradique *et al*. (2009) e Cardoso *et al*. (2013), mostrando que, em média, é esperado que os municípios apresentem 30% de ICSAP, sem considerar o impacto das variáveis independentes.

Em média, a APS (Ab) foi a maior despesa da função saúde dos municípios e a que apresentou a maior elasticidade para a variação da porcentagem de ICSAP entre as despesas, seguida por hospitalizações (Ho), vigilância sanitária (Vs) e epidemiológica (Ve). Analisando juntamente com os coeficientes encontrados e o valor da elasticidade, pode-se inferir que, em média, o município necessitaria no período analisado quase dobrar o valor investido em APS para continuar obtendo reduções no índice de ICSAP.

O investimento em Atenção Primária parece ser acompanhado pelo aumento dos investimentos em outras áreas da saúde, provavelmente, impulsionado pelo aumento do fluxo de usuários ao longo da rede de atenção à saúde. Na mesma via, o suporte profilático pode colaborar com a prevenção e tratamento de enfermidades e para a redução das ICSAP. A presença destas despesas pode ser em decorrência da tendência de os municípios que investem mais em APS investirem mais em outras despesas da função saúde. Este fato também está associado ao esforço de descentralização da saúde proposto pelo SUS.

O efeito marginal decrescente (mostrado pelo fator quadrático) na APS (Ab) mostrou que o aumento orçamentário não é proporcionalmente acompanhado pela redução contínua e estável das ICSAP. Associado ao aumento do esforço orçamentário necessário para observar reduções no período de dez anos nas ICSAP, percebe-se que outras alternativas de gestão da saúde devem ser utilizadas e outros fatores devem ser observados. Somente o aumento isolado de despesas é insuficiente e os fatores determinantes analisados nesta seção devem ser considerados. Particularmente neste caso, as variáveis que representam grupos de indivíduos específicos foram as que mostraram o maior efeito nas regressões.

Com relação à despesa com APS, os municípios teriam que praticamente dobrar sua despesa *per capita* para obter uma variação percentual unitária sobre as ICSAP. Esse valor é ainda maior para as outras despesas. Por exemplo, considerando que a média de gasto com suporte profilático no município foi de R$ 4,00 *per capita* (IC 95% R$ 3,55 a R$ 4,22), para observar uma redução percentual de 1% nas ICSAP seria necessário o aumento de R$ 68,00 *per capita* (1/0,014565), o que significa um aumento 17 vezes maior do que o atual. Do ponto de vista pragmático, apesar de as despesas municipais em saúde terem importância para os resultados da saúde, o nível atual de alocação de recursos financeiros requer alternativas para a melhoria da eficiência dos gastos. A expansão da APS nos anos analisados, somente por incentivos financeiros, não impactará no futuro os resultados na mesma proporção do período analisado neste estudo. Cabe à gestão pública buscar meios para tornar a RAS mais integrada e a APS mais resolutiva.

Observou-se que o aumento da despesa com vigilância sanitária está associado positivamente com a variável ICSAP. As evidências da parte qualitativa deste estudo mostraram o impacto da vigilância sanitária na busca ativa dos profissionais da APS e seu crescimento está associado com o aumento da demanda manifesta por ações de APS. Municípios de pequeno porte com um passado de pouco acesso aos serviços de saúde tendem a apresentar o aumento da demanda por causa das ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Dentre as despesas de saúde utilizadas neste trabalho, vigilância sanitária e epidemiológica seriam representações da busca ativa das ações dos profissionais.

O aumento da coleta de lixo (Lix) apresentou-se relacionado com a redução da porcentagem de ICSAP e, em média, os municípios precisariam de um aumento de 28% (1/0,035205) da cobertura de coleta de lixo para obter uma redução de 1% nas ICSAP. A coleta de lixo tem relação direta com as condições sanitárias do município. A média apresentada desta variável mostra que muitos domicílios ainda não possuem acesso a este serviço, importante para o sistema de saúde e o meio ambiente.

Observou-se um efeito positivo nas ICSAP para as duas variáveis que teoricamente representam a "Demanda pela APS", como definido na Equação 3. Estes dois grupos de indivíduos são considerados grupos vulneráveis do ponto de vista da saúde e tem sido foco das pactuações entre níveis de governo para ações de saúde. Isso leva a inferir que as gestantes e crianças podem demandar mais serviços diretamente associados com a APS cuja expansão está diretamente associada com o aumento da cobertura destes grupos de indivíduos.

Baseando-se nestes resultados e nas suposições feitas, sugere-se aos gestores municipais e gestores de saúde maior atenção às condições sanitárias, infraestrutura de acesso aos serviços de saúde e aos grupos de indivíduos específicos, como gestantes e crianças. Assim, apenas o aumento das despesas municipais na função saúde não seria suficiente para observar efeitos satisfatórios na redução de ICSAP, se estas outras dimensões não forem observadas e se não levarem em conta que o efeito marginal nas ICSAP exige um aumento do investimento possivelmente inviável no longo prazo.

Por fim, tem que ser levado em consideração que o próprio aumento de fluxos provocados pela Atenção Primária pode impactar o índice, por que mantido constante o número de internações por condições sensíveis, o índice irá reduzir se o total de internações aumentar. Tomando como base os resultados anteriores, esta seção levanta a hipótese de que o aumento do fluxo de usuários para a média e alta complexidade é o principal responsável pela redução das ICSAP e não necessariamente a melhoria da resolutividade da APS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Administração é uma área heterogênea, perpassada por conhecimentos multidisciplinares que permite observar o campo por meio de diferentes perspectivas ou realidades. Por isso, foram utilizados métodos mistos na análise empírica deste estudo, com o propósito de compreender os fatores da alocação de recursos em APS com mais profundidade do que permite o uso de apenas um dos métodos. Então, a aplicação sequencial dos métodos deste estudo, partindo de uma análise qualitativa, ajudou a compreender o ambiente microinstitucional e as agências envolvidas na produção dos resultados em saúde. A partir destas conclusões, realizaram-se inferências para o ambiente macroinstitucional e observou-se a convergência dos resultados. Os métodos que abordaram a gestão e ações de saúde dentro dos municípios possibilitaram a apresentação de fenômenos em uma perspectiva microinstitucional. Por outro lado, a abordagem das portarias e regulamentações do governo e os dados secundários do Ministério da Saúde e Tesouro Nacional permitiram inserir a perspectiva macroinstitucional neste estudo.

Antes de analisar os resultados, não se esperava que as diferentes evidências fossem apresentar pontos em comuns e convergências. Poderiam ser encontrados inclusive, resultados divergentes, tendo em vista que diferentes evidências empíricas podem apresentar diferentes realidades sobre um determinado fenômeno, tornando a aplicabilidade dos métodos mistos um desafio para o pesquisador. No caso, encontrou-se a convergência, sem que os resultados complementares de cada análise fossem antagônicos, contribuindo então, para a validade do estudo.

As descrições das categorias na seção 4.1, do capítulo 4, embasaram as análises das seções seguintes. E nesta seção se buscou alcançar a interação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa nas análises, para difundi-la pelas análises posteriores com características pós-positivistas. Esta foi mais uma vantagem da aplicabilidade dos métodos mistos para que as análises estatísticas, ao invés de serem definidas isoladamente pelo pesquisador, tivessem a influência dos sujeitos que participam do cotidiano das ações de saúde.

As análises realizadas nas seções 4.3 e 4.4, teoricamente embasadas pelos capítulos anteriores forneceram resultados já relatados pelo discurso dos sujeitos entrevistados e das outras fontes de evidências, fortalecendo a validade deste trabalho. Os métodos convergiram, principalmente, para mostrar que houve uma descentralização da gestão da saúde, via aumento da responsabilidade financeira dos municípios e aumento do acesso à média e alta complexidade,

provavelmente, pela demanda manifesta e pelo foco da gestão municipal de saúde na operação de encaminhamentos.

O foco na convergência da aplicabilidade dos métodos levou fixar o foco mais na integração dos resultados, buscando similaridades, do que no aprofundamento isolado de cada capítulo. Fazer a ligação entre os métodos que pertencem a diferentes paradigmas foi uma tarefa que exigiu planejamento de pesquisa para que uma abordagem não anulasse os resultados da outra.

Uma possível limitação deste estudo foi a inferência nas análises das seções 4.3 e 4.4 a partir de um estudo de múltiplos casos, como se as variáveis despontadas na microrregião de saúde, também pudessem estar presentes em outras microrregiões de Minas Gerais.

> Se eu fizer aqui dos nove [municípios] você vai ter uma realidade. Se eu fizer em Ponte Nova dos outros vinte, você vai ter outra realidade. Se você fizer de Ouro Preto, dos trinta, você vai ter outra realidade. – Transcrição 10, Município 5.

No entanto, assumiu-se que essa limitação não diminui a validade do estudo, tendo em vista que, analiticamente, o estado de Minas Gerais possui predominância de pequenos municípios que compartilham de algumas das mesmas características, suficientes para gerar um conhecimento pragmático na área de Administração. Adicionalmente, os modelos de efeitos fixos isolam as especificidades de cada município.

Outra limitação deste trabalho foi a impossibilidade de incluir os prefeitos e a população nas etapas de coleta de dados. Ambos também possuem um nível de conhecimento importante sobre determinantes da alocação de recursos na APS. A limitação de recursos financeiros da pesquisa e a disponibilidade destes sujeitos para participar constituíram-se em razões para não os inserir no estudo.

Ressalta-se que foi proposital a opção de não eliminar imediatamente os grandes municípios da amostra nas seções 4.3 e 4.4. Após os procedimentos estatísticos, ainda permaneceram, aproximadamente, 5% de municípios com mais de 75 mil habitantes. No entanto, 90% dos municípios da amostra apresentaram menos de 38 mil habitantes, com destaque para uma mediana inferior a 8 mil habitantes. Mesmo que esta escolha possa ser teoricamente indesejada, conclui-se que existem alguns grandes municípios que apresentaram semelhanças com os pequenos municípios para as variáveis inseridas neste estudo, e por isso não foram excluídos nas análises de observações atípicas. Além do mais, o modelo de efeitos fixos (Wooldridge, 2012) possibilita realizar análise ao longo dos anos desconsiderando os efeitos de variáveis não observáveis -, ou seja, as outras características que não foram inseridas em nossos modelos -, sem enviesar os coeficientes obtidos. Assim, pragmaticamente, a permanência de um grupo de

municípios de médio e grande porte não prejudica os resultados da análise sobre os pequenos municípios e considera, gerencialmente, somente características semelhantes aos pequenos municípios, por exemplo, os bolsões de pobreza.

Esta tese propõe que existem fatores em um nível microinstitucional de pequenos municípios que influenciam a alocação de recursos na APS e, em consequência, influenciam o desenvolvimento de toda RAS e a implementação de políticas públicas de saúde no estado de Minas Gerais – por exemplo, observa-se a divergência entre as propostas da PNAB e os resultados obtidos neste estudo. E esta tese procurou descrever os fenômenos e agências dos atores envolvidos no sistema.

Os atores envolvidos no sistema de saúde brasileiro ainda carregam uma trajetória de um sistema médico hospitalar e convivem com a coexistência do sistema público e do sistema privado. Também convivem com a coexistência de um modelo de saúde baseado na demanda espontânea e de uma nova proposta baseada na prevenção e promoção.

Antes de 1988, o sistema de saúde brasileiro era constituído por um sistema de seguridade social. Somente após a Constituição de 1988 é que a APS se tornou uma questão de seguridade social. Isso equivale a dizer que ainda não se passaram trinta anos de um modelo universal de saúde. Nesse período, em, aproximadamente, vinte anos, o governo busca implementar a descentralização por meio da APS e nos últimas dez, tem buscado torná-la o centro da RAS. Está-se, então, sendo analisado um contexto institucional histórico em constante transição, com a recente instituição da APS e do município como protagonistas do sistema.

As mudanças do ambiente institucional são evidentes e o processo de legitimação das políticas públicas ainda possui um longo caminho, com o desafio de incluir a participação social neste contexto, que foi tão importante na constituição do SUS na década de 1980.

Ademais, pretende-se deixar algumas questões neste estudo para serem incluídas em novas pautas de pesquisa sobre temas que foram identificados nesta tese: a) Pelo modo como a APS tem sido construída nos pequenos municípios, ela se estabelecerá como uma assistência de saúde para a população economicamente menos favorecida, enquanto indivíduos e famílias com maior poder aquisitivo serão atendidos pelo setor privado?; b) A APS conseguirá se tornar um modelo resolutivo ou continuará focada na organização dos encaminhamentos?; c) Outros profissionais e equipes de saúde conseguirão equalizar a assimetria de poder com os profissionais mais tradicionais, como médicos e enfermeiros, para obter legitimidade diante da população?; e d) O fortalecimento da APS conseguirá amenizar as inequidades causadas pelo corporativismo médico e a iniciativa privada?;e) A APS conseguirá se estabelecer efetivamente como coordenadora da RAS?

É perceptível a mudança do sistema de saúde com a ampliação do acesso e aumento do número de procedimentos preventivos. Porém, não há produção de ações preventivas emancipatórias para o usuário. Os municípios ainda estão presos às metas, às operações de curto prazo e não gerem estrategicamente seu sistema de saúde. Apesar dos avanços da APS, como a ampliação do acesso da população, principalmente a menos favorecida, ao sistema de saúde, ela ainda não se constitui um sistema de saúde que alcançou a colaboração setorial, empoderamento individual, mobilização social, participação comunitária e promoção da saúde.

A Nova Teoria Institucional foi usada como a base teórica deste estudo, visto que a Atenção Primária foi analisada, incluindo as instituições sociais, políticas, culturais e econômicas infiltradas em uma variedade de influências. (Scott; Christensen, 1995; Albuquerque, 2002; Pereira, 2012; Senge, 2013). Neste estudo, preocupou-se menos com o desempenho econômico e mais com o contexto social, a partir de uma construção microinstitucional (Barley, 2011; Bitektine e Haack, 2015). A delimitação dos fatores determinantes da alocação de recursos apresenta diversos fatores sociais e culturais que devem ser considerados na gestão dos repasses e aplicação de recursos públicos na saúde, no contexto da Administração Pública eficiente e no contexto do déficit fiscal do Estado.

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde estão repassando o controle e a gestão da saúde para os municípios, mais por instrumentos financeiros e menos por vias que assimilem cognitivamente as novas atribuições da APS na RAS. Como consequência, observam-se municípios focados na produção de procedimentos desconexos. Existem evidências de que a expansão da APS tem proporcionado mais acesso para outros níveis de atenção, principalmente, em função da demanda manifesta, sem que haja um esforço para torná-la, estratégica e resolutiva.

A APS tem focado na população com menor renda, o que pode ser simbolicamente observado nas características da infraestrutura que está sendo construída. A infraestrutura se diferencia dos modelos de clínicas privadas que prestam serviços, por exemplo, no município referência, como pode ser observado nas fotos disponíveis no anexo deste estudo.

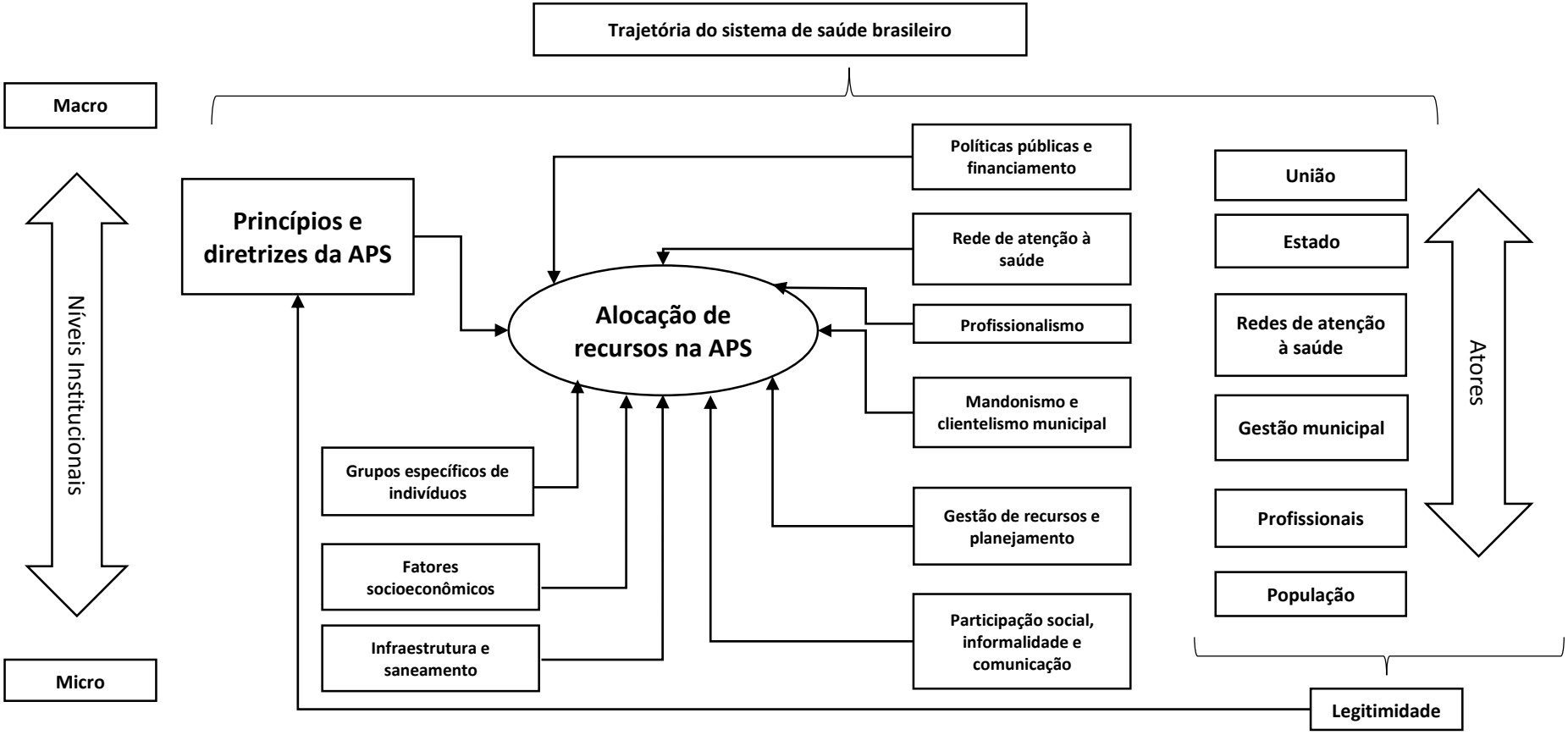
Existem relações de poder assimétricas no nível microinstitucional e entre outros níveis institucionais. As políticas públicas, em um nível macroinstitucional, exercem uma coerção nos pequenos municípios, e os resultados obtidos por essa coerção varia conforme as assimetrias de poder existentes entre os atores envolvidos no processo de alocação de recursos e produção da saúde. O resultado esperado pelo Estado dependerá de como os fatores destacados neste estudo irão impactar a alocação de recursos na APS.

A tese defendida está resumida na Figura 5 e as formas geométricas representam fatores determinantes da alocação de recursos e os principais atores envolvidos. Lá estão as representações

dos atores inseridos no contexto da saúde e os fatores descritos que influenciam a alocação de recursos na APS ao longo dos níveis institucionais. Este modelo é uma simplificação da realidade, dado que no cotidiano eles se interagem, se sobrepõem e se chocam em uma sequência não previsível. A alocação de recursos é direcionada por princípios de um nível macro institucional, por meio da coerção de políticas, regulamentos e portarias. No entanto, a APS ainda está em um contexto de mudança institucional com processos que ainda não ganharam legitimidade pelos atores envolvidos, influenciados por outros fatores, como a trajetória do sistema de saúde, profissionalismo, intervenção política, outros atores e níveis institucionais. Além disso, é preciso levar em consideração a capacidade cognitiva dos atores em absorver os princípios prescritos pelo Estado, para legitimar as ações de saúde nas comunidades.

A legitimidade de algumas ações da APS ainda não é validada por todos os atores envolvidos no ambiente institucional, o que tende a deixar o sistema de saúde instável e conflituoso, em plena mudança institucional. A tendência é que ao longo do tempo, não de uma forma linear, diversas agências tornem-se validadas e as instituições infiltradas na APS tornem-se isomórficas, pela persistência das políticas do Estado sobre a agência individual. Neste intervalo de tempo, haverá intervenções de diferentes atores no nível microinstitucional para que as diretrizes do Estado sejam executadas de acordo com ações que já estão legitimadas. Motivações podem provocar comportamentos individuais que são mecanismos de transformação que podem atingir fatos sociais (DiMaggio; Powel, 1983). A legitimidade formada pelos agentes torna-se consequente para a organização quando elas são expressas nos discursos e ações. As ações dos avaliadores têm uma consequência direta para organizações, como as mudanças na disponibilidade de recursos. Os recursos importantes e utilizados por um grupo podem não ser para outro (Barley, 2011; Jepperson; Meyer, 2011; Bitektine e Haack, 2015).

Figura 6 – Fatores determinantes da alocação de recursos na APS de pequenos municípios



Fonte: Resultados da pesquisa.

Em uma perspectiva política, a agência de diversos atores institucionais é determinante no processo de implementação das políticas públicas de saúde. Entre a prescrição das políticas públicas e a implementação existem diversos processos dotados de poder que determinam e moldam as instituições. Todas as instituições tratadas neste trabalho encontram-se subordinadas ao Estado, mas percebeu-se que como os atores envolvidos interpretam e colocam essas políticas públicas em execução, tornando o processo de institucionalização imprevisível.

A tese apresentada não é singular, mas repleta de pontos abordados ao longo das análises que se interagem, se complementam e se chocam tornando o desempenho do sistema de saúde pouco previsível. A forma como os recursos são alocados pode impactar as ações dos profissionais, gestores e usuários no sistema de saúde (Bitektine; Haack, 2011). Devido as evidências deste trabalho e o impacto dos fatores determinantes na alocação de recursos na APS, apresenta-se a hipótese de que o impacto negativo das despesas municipais em saúde sobre as ICSAP esteja mais associado com o aumento dos fluxos de usuários do que com a melhoria da resolutividade da APS.

Acredita-se que este estudo trará para a área de Administração, no mínimo, contribuições em duas vertentes: a primeira, agregar à área de Gestão da Saúde conhecimentos sobre fatores intervenientes na alocação de recursos na saúde municipal, além dos fatores econômicos; e a segunda na área da Nova Teoria Institucional propõe a aplicação empírica da análise de níveis institucionais e suas interações. Enquanto grande parte dos estudos foca em determinado nível, buscou-se mostrar a interação destes níveis a partir de uma perspectiva microinstitucional.

REFERÊNCIAS

ALBURQUERQUE, A. D. L. R. Teoría de la organización y nuevo institucionalismo en el análisis organizacional. **Administracion y organizaciones**, julho, 2002.

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. 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). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n.6, 1337-1349p., 2009.

BACON, D.R.A. The contributions of reliability and pretests to effective assessment. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, v.9, n. 3, 2004.

BACON, D.R.A., SAUER, P.,-YOUNG, M. Composite reliability in structural equations modeling. **Educational and Psychological Measurement**, v. 55, n.3, p. 394-406, 1995.

BARLEY, S. R. Signifying institutions. **Management Communication Quarterly,** v. 25, n. 1, p. 6, 2011.

BAUM, C. F. **An introduction to modern Econometrics using Stata**. Brighton: Stata Press, 341p, 2006.

BEHN, R.D. Why measure performance? Different purposes require different measures. **Public Administration Review**, v.63, n.5, 2003.

BERG, B.L; LUNE, H. **Qualitative Research Methods for the Social Sciences.** 8th edition. Boston: Person Education, 2014.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs,** v. 15, n. 3, p. 10, 1996.

BILLINGS, J., ZEITEL, L., LUKOMNIK, J., CAREY, T. S., BLANK, A. E., NEWAMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, v. 12, n. 1, 162 - 73, 1993.

BILLOR, N.; HADI, A. S.; VELLEMAN, P. F. BACON: blocked adaptive computationally efficient outlier nominators. **Computational Statistics & Data Analysis**, v. 34, n.1, p. 279-289, 2000.

BINDMAN, A. B., CHATTOPADHYAY, A., AUERBACK, G. M. Medicaid re-enrollment policies and children's risk of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Medical Care**, v. 46, n. 10, pp.1049-1054, 2008.

BITEKTINE, A.; HAACK, P. The macro and the micro of legitimacy: toward a multilevel theory of the legitimacy process. **Academy of Management Review,** v. 40, n. 1, p. 26, 2015.

BOSI, M. L. M., UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n.1, p. 150-153, 2007

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988, 292p.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n.17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada – Brasília, 2006b, 76p. ISBN 85-334-0960-5.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Agência Nacional De Saúde Suplementar. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar: manual técnico** (2ª Ed Revisada), Rio de Janeiro: ANS, 2007a. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 05de mar. 2006

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 6,286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 2007c. Acesso em: < http://www,planalto,gov,br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286,htm>. Acesso em 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação Econômica em Saúde: Desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 104p. ISBN 978-85-334-1443-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>. Acesso em: 05 de março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 150 p, ISBN 978-85-334-1574-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (3ª ed.). Série B. Textos Básico de Saúde n. 7, Ministério da Saúde: Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 134 p. ISBN 978-85-334-1895-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Base de cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde.** Brasília: Coordenação-Geral de Economia de Saúde, 2012b. Acesso em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/02/basedecalculoeaplicacao-021013.pdf>. Disponível em: 02 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, investimentos e Desenvolvimento. **Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas por recursos próprios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: < http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/02/despesa-total-saude-021013.pdf >. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 05 de março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html. Acesso em: 28 fev. 2015. 16:00:00.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Financiamento do SUS**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5983-financiamento-do-sus-introducao>. Acesso: 09 fev. 2015, 14:05:30.

CAMINAL, J.H., STARFIELD, B., RUIZ, S. E., PÉREZ, E.H., MATEO, M.M. La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions em Cataluña. **Revista Clínica Española**, v.201, n.9, pp.501-507, 2001.

CAMINAL, J.; STARFIELD, B.; SÁNCHEZ, E.; CASANOVA, C.; MORALES, M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health,** v. 14, n. 3, p. 5, 2004.

CAMPOS, D.; HADAD, C.; ABREU, D.M.X.; CHERCHIGLIA, M.L.; FRANÇA, E. Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, n. 5, p. 9, 2013.

CARDOSO, C. S., PÁDUA, C. M., RODRIGUES-JÚNIOR, A, A., GUIMARÃES, D, A., CARVALHO, S. F., VALENTIN, R. F.; ABRANTES, R.; OLIVEIRA, C. D. L. Contribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, n. 4, 2013.

CARNASCIALI, A. M. D. S.; BULGACOV, S. Recursos e competências organizacional distribuídos na Saúde Pública. **Revista de Aministração Contemporânea,** v. 18, n. 6, p. 21, 2014. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20141664 >.

CARVALHO, B. G., PEDUZZI, M.; NUNES, E.F.P.A.; LEITE, F.S.; SILVA, J.A.M.. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferente portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista Escola de Enfermagem da USP,** v. 48, n. 5, p. 8, 2014.

CARVALHO, H. S. V. C.; ROSSATO, S.L.; FUCHS, F.D.; HARHEIM, E.; FUCHS, S.C. Assessment of primary health care received by the elderly and health related qality of life: a cross-sectional study. **BMC Public Health,** v. 13, n. 1, p. 9, 2013.

CARVALHO-FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate,** v.38, especial, 265-278p., 2014.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **International Journal of Health Services**, v. 25, n.2, p. 283-294, 1995.

CASANOVA, C., COLOMER, C., STARFIELD, B. Pediatric Hospitalization due to Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Valencia (Spain), **International Journal for Quality in Health Care**, v. 8, n.1, p. 51-59, 1996.

CASTRO, A. L. B. D.; MACHADO, C. V. A política de Atenção Primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 26, n. 4, p. 12, 2010.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. M. A política federal de Atenção Básica à saúde no Brasil nos anos 2000**. Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, 447-506p., 2012.

CHIEFFI, A; BARATA, R. B. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e eqüidade**. Cad. Saúde Pública. v.25, n.8, p. 1839-1849, 2009.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, S2-S27p., 2008.

COSTA, G.D., COTTA, R.M.M., REIS, J.R., FERREIRA, M.L.S.M., REIS, R.S., FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Município 8, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, pp.3229-3240, 2011.

CRESWELL, J. W. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4th ed.)**.Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

CRESWELL, J. W. **Qualitative Inquiry & Research Design: choosing among five approaches**. 3ed. Lincoln: Sage. 2013. 229p.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, pp.701-709, 1999.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 2nd. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 2000. 57 p. ISBN 0761915125.

DERLIEN, H.U. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan./mar. 2001.

DEY, P.K.; HARIHARAN, S.; CLEGG, B.T. Measuring the operational performance of intensive care units using the analytic hierarchy process approach. International **Journal of Operations & Production Management**, v.26, n.8, p.849-65, 2006.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. **American Sociological Review,** v. 48, n. 2, p. 15, 1983.

DONABEDIAN, Avedis. The Quality of Care: how can it be assessed?. The **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Méd**, v. 114, n. 11, p.1115-1118, 1990.

EDWARDS, R. T.; LINCK, P.; HOUNSOME, N.; RAISANEN, L.; WILLIAMS, N.; MOORE, L.; MURPHY, S. Cost-effectiveness of a national exercice referral programme for primary care patients in Wales: results of a randomised controlled trial. **BMC Public Health,** v. 13, n. 1, p. 11, 2013.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI F. A Atenção Primária à Saúde no Sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11 n. 4 p. 633-47, 2008.

FARAH, M.F.S. Administração pública e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.3, p.813-836, 2011.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FONTENELLE, L. F**. Estratégia Saúde da Família e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura.** 2011. Dissertação (Mestre em Medicina) - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**:** 2011. 44f.

FOS, P. J.; ZÚNIGA, M. A. Assessment of primary health care access status: an analytic technique for decision making. **Health Care Management Science,** v. 2, n. 1, p. 10, 1999.

FUENTE, D. O. D. L.; PINO, B.J.F.; BLANCO, V.F.; ALVAREZ, A.R. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. **European Journal of Public Health,** v. 17, n. 2, p. 6, 2006.

GERIGK, W.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipal de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública,** v. 48, n. 6, p. 19, 2014.

GIDDENS, A. **The constitution of society**. University of California Press, 1984.

GIOVANELLA, L. A Atenção Primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.5, 951-963p., 2006.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, p. 30, 2003.

HARTZ, Z. M. D. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997. 132 p.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, 1359-1365p., 2009.

HSIEH, H; SHANNON, WS.E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative Health Research**, v.15, n.1277, 2005.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.S.Y.; CASTRO, P.C.; RIBEIRO, M.C.S.A.; FORSTER, A.C.; NOVAES, M.H. VIANA, A.L.A. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, 683-703p., 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Divisão Regional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_div_int.shtm?c=1>. Acesso em: 20 jul. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.-. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, p.149. 2011.

JANSEN, Y. J.F.M; FOETS, M. M. E.; BONT, A. A. D. The contribution of qualitative research to the development of tailor-made communnity-based interventions in primary care: a review. **European Journal of Public Health,** v. 20, n. 2, p. 6, 2009.

JEPPERSON, R.; MEYER, J. W. Multiple Levels of Analysis and the Limitations of Methodological Individualisms. **Sociological Theory,** v. 29, n. 1, p. 20, 2011.

JOJNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J. Mixed Methods Research: a research paradigm whose time has come. **Education Researcher,** v. 33, n. 7, p. 12, 2004.

KIRSCHBAUM, C. Elementos para uma teoria institucional intra-organizacional. **Perspectivas contemporâneas**, n. especial, p. 16, 2010.

KOBAYASHI, H.; TAKEMURA, Y., KANDA, K. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v.25, n. 1, pp.419-425, 2011.

LANT, T. K.; BAUM, J. A. C. Cognitive Sources of Socially Constructed Competitive Groups. In: SCOTT, W. R. e CHRISTENSEN, S. (Ed.). **The Institutional Construction of Organizations: International and Longitudinal Studies**. London: Sage Publications, v.1, 1995. p.365.

LAMBERT, S.D.; LOISELLE, C.G. Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n.2, 2008.

LOPES, R.M., VIEIRA-DA-SILA, L.M., ZULMIRA, M.A.H. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, S283-S297, 2004.

MACFARLANE, F.; BARTON-SWEENEY, C.; WOODARD, F.; GREENHALGH, T. Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: case study using neo-institutional theory. **Social Science & Medicine,** v. 80, n. 1, p. 9, 2013.

MÂNICA, F. B. Teoria da Reserva do Possível: Direitos Fundamentais a Prestações e a Intervenção do Poder Judiciário na Implementação de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Direito Público**, Belo Horizonte, ano 5, n. 18, p. 169-186, jul./set. 2007.

MAROCO, J. **Análise estatística**. Lisboa: Sílabo, 2003. 508 p.

MATHAUER, I.; CARRIN, G. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. **Health Policy,** v. 99, n. 1, p. 10, 2011.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de Atenção em Saúde: o dilema de pequenos municípios**. 2013. 203p - (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, 1673-1684p., 2014.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade,** v. 20, n. 3, p. 17, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1ª. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à saúde**. 1ª. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193 p.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. 2003. – Tese (Doutorado em Sociologia e Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CiB-SUS/MG nº 1,979, de 18 de novembro de 2014. **Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização** – *PDR-SUS/MG 2014*. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais.

NEDEL, F. B., FACCHINI, L.A., MARTÍN-MATEO, M.; VIEIRA, L. A. S., THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à Atenção Primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, v. 42 n. 6 p. 1041-52, 2008.

NUNES, A. A.; CACCIA-BAVA. M.C.G.G.; BISTAFA, M.J.; PEREIRA, L.C.R.; WATANABE, M.C.; SANTOS, V.; DOMINGOS, N.A.M. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e

Unidades Básica de Saúde Tradicionais: contribuições do PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica,** v. 36, n. 1, p. 6, 2012.

OHIRA, R. H. F.; JUNIOR, L. C.; NUNES, E. D. F. P. D. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, n. 2, p. 7, 2014.

ONG, K. S.; CARTER, R.; KELHAHER, M.; ANDERSON, I. Differences in primary health care delivery to Australian Indigenous population: a template for use in economic evaluations. **BMC Health Services Research,** v. 12, n. 307, p. 11, 2012.

OZCAN, Y. A.; SMITH, P. Towards a science of the management of health care. **Health Care Management Science,** v. 1, n. 1, p. 1 - 4, 1998.

PAIXÃO, E.S., PEREIRA, A.P.C.M., FIGUEIREDO, M.A.A. Hospitalizações sensíveis a Atenção Primária em menores de cinco anos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.2, pp. 224-36, 2013.

PEREIRA, F. A. D. M. A evolução da teoria institucional nos estudos organizacionais: um campo de pesquisa a ser explorado. **Organizações em contexto,** v. 8, n. 16, p. 20, 2012.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Revista de Administração Pública,** v. 47, n. 2, p. 22, 2013.

PINTO, R. M.; SILVA, S. B. D.; SORIANO, R. Community Health Worker in Brazil´s Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. **Social Science & Medicine,** v. 74, n. 1, p. 7, 2012.

POLGRIANE, Rúbia Bastos Soares; LEAL, Maria do Carmo; AMORIM, Maria Helena Costa; ZANDONADE, Eliana; SANTOS NETO, Edson Theodoro. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, 1999-2010p., 2014.

POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J., Eds. **The New Institutionalism in Organizational Analysis**. Chicago: University of Chicago Pressed. 1991.

RAMOS, M. P., SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, 1271-1294, 2012.

ROCHA, J.S.Y; CACCIA-BAVA, M.C.G.G. A Atenção Básica na construção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1336-1345, 2009.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.173, n.3, 765-774p., 2012.

SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. D. A. Política, Atenção Primária e acesso a serviços de média e alta complexidade em pequenos municípios. **Saúde e Debate,** v. 38, n. 103, p. 12, 2014.

SARAVANAN, V. S. Agents of institutional change: the contribution of new institutionalism in understanding water governance in India. **Environmental Science & Policy**, v. 53, part b, p. 225-235, 2015.

SCOTT, W. R.; CHRISTENSEN, S. (Ed.). **The Institutional Construction of Organizations**. London: Sage Publications, v.1, 1995.

SEGALL, M. Planning and politics of resource allocation for primary health care: promotions of meaningful national policy. **Soc. Sci. Med.,** v. 17, n. 24, p. 13, 1983.

SENGE, K. The New Institutionalism in Organization Theory: bringing society and culture back in. **The American Sociologist,** v. 44, n. 76, p. 19, 2013.

SILVA, L. S. D.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana Salud Publica,** v. 34, n. 5, p. 8, 2013.

SITEK, M. The new institutionalist approaches to health care reform: lessons from reform experiences in Central Europe. **J Health Polit Policy Law,** v. 35, n. 4, p. 569-93, 2010.

SODRE, A.C.A.; ALVES, M.F.C. Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do Programa de Fiscalização da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Contemporânea**, v.14, n.3, pp.441-443, maio/jun., 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STATACORP, STATA: RELEASE 13, Statistical Software, College Station, TX: StataCorp LP, 2013.

BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; GARCIA, M.; ANDRADE, C.L.T.; GERASSI, C.D. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.12, p.2267-2279, dez., 2012.

TEIXEIRA, C.F., SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]**. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula, series nº3. ISBN 85-232-0400-8. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 15 jun. 2013.

TREVISAN, A.P.; BELLEN, H.M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v.42, n.3, p. 529-50, maio/junho, 2008.

THUNHURST, C. Public health systems analysis - the transfer of learning between developed and developing countries. **Health Care Management Science,** v. 15, n. 1, p. 9, 2012.

UCHOA, A. D. C.; SOUZA, E.L.; SPINELLI, A.F.; MEDEIROS, R.G.; PEIXOTO, D.C.S.; SILVA, R.A.R.; ROCHA, N.S.P. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** v. 21, n. 3, p. 16, 2011.

VELOSO, R. C., ARAÚJO, M. R. N. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais, **Revista APS**, v.12, n. 3, p. 238-243, 2009.

VIANA, A.L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n.2, 1996.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira; THEME FILHA, Mariza Miranda; COSTA, Janaina Viana; BASTOS, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, suplementar, S85-S100p., 2014.

WEBER, Sylvain. Bacon: an effective way to detect outliers in multivariate data using Stata (and Mata). **The Stata Journal**, v.10, n.3, 331-338p., 2010.

WOOLDRIDGE, J.M. **Introductory Econometrics: a modern approach.** Mason: Cengage Learning, 2012. 912p. ISSBN 13-978-1-111-53104-1

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World Health Statistics 2010. France: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf. Acesso em: 23 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2013**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World Health Statistics 2015. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 06 nov. 2015.

ZIELINSKI, A.; KRONOGARD, M.; LENHOFF, H.; HALLING, A. Validation of ACG Case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care. **BMC Public Health,** v. 9, p. 347, 2009. ISSN 1471-2458 (Electronic)

ANEXO 1 - Questionário aplicado aos profissionais da Atenção Básica da Saúde e Gestão Municipal da Saúde

Olá, meu nome é Lucas Maia dos Santos, sou Professor do Instituto Federal de Minas Gerais, Campus Sabará e Doutorando em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. Gostaria de solicitar sua contribuição para a pesquisa de doutorado que tem o objetivo de **avaliar a alocação de recursos materiais e humanos na Atenção Básica sob a perspectiva da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, em uma microrregião de saúde de Minas Gerais.** Essa pesquisa que culminará com uma tese de doutorado tem apenas fins acadêmicos, com discrição das informações pessoais e nenhum interesse político ou partidário.

Instruções: marque um **X** à direita da tabela abaixo, na escala de 1 a 5, conforme seu nível de concordância com as afirmativas à esquerda.

Legenda: 1 – Discordo totalmente; 5 – Concordo totalmente.

	AFIRMATIVAS	1	2	3	4	5
1	A UBS dispõe de infraestrutura, equipamentos e insumos completos que possibilitam o trabalho dos profissionais e atendimento ao usuário.					
2	A UBS dispõe de infraestrutura, materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.					
3	A UBS está adequada para atendimento de pessoas com deficiência, analfabetos e idosos.					
4	A UBS dispõe das vacinas e medicamentos necessários ao atendimento dos usuários.					
5	A UBS dispõe de equipamentos de proteção individual (EPI) de forma adequada para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde.					
6	A UBS dispõe de mecanismos de controle de estoque de insumos, medicamentos e vacinas e das condições adequadas de conservação destes, evitando o excesso ou desabastecimento.					
7	A UBS está localizada em uma região acessível para os usuários adscritos, facilitando a continuidade do atendimento e equidade no acesso.					
8	A UBS recebe manutenção das instalações físicas e equipamentos de forma a garantir boas condições para profissionais e usuários.					
9	A equipe de saúde é formada por profissionais de diferentes formações que compartilham entre si conhecimentos para ampliar a capacidade de atuação de toda equipe de saúde.					
10	Os profissionais da saúde participam de cursos de atualização e qualificação com a finalidade de aplicar os conhecimentos aprimorados na melhoria da Atenção Básica e gestão da saúde.					
11	Os profissionais trabalham com território definido, mantendo vínculo com a população e garantindo a continuidade do cuidado.					
12	A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias de abordagem familiar e de grupos sociais específicos que contribuem para maior visibilidade da estrutura das relações familiares e afetivas dos usuários.					
13	Profissionais da Atenção Básica realizam visitas domiciliares de maneira programada e permanente para assegurar atendimento satisfatório, contínuo, com foco na prevenção e promoção.					
14	A equipe de Atenção Básica realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral com encaminhamento para outros níveis da rede de atenção à saúde quando necessário, garantindo a coordenação da referência e contra referência.					
15	A equipe se reúne periodicamente para discutir soluções para o uso mais eficiente da infraestrutura, equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos.					
16	A equipe possui profissionais capacitados para manter registros dos procedimentos de saúde, infraestrutura, equipamentos, medicamentos e insumos com a finalidade de gerar informações para a gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde.					
17	A equipe de saúde reúne-se com a comunidade e gestão municipal para desenvolver ações conjuntas, debater os problemas locais de saúde e realizar o planejamento da Atenção Básica.					
18	A equipe de saúde articula-se com outras partes da comunidade como escolas, igrejas e associação de moradores para realizar ações de promoção e prevenção da saúde.					
19	A equipe de saúde controla o usuário na dispensação e uso de medicamentos oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde.					
20	Os profissionais de saúde realizam avaliações periódicas da Atenção Básica por meio de instrumentos e manuais fornecidos pela gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde.					
21	Os profissionais de saúde trabalham com metas e objetivos definidos nos planejamentos realizados pela equipe de saúde, gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.					
22	A equipe de saúde mantém registro sobre carga horária de trabalho, faltas, licença e férias dos profissionais para prestação de contas a gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.					
23	A gestão municipal de saúde mantém registros da situação de saúde da população para subsidiar o planejamento e a formação de políticas públicas.					

24	A gestão municipal de saúde mantém registros da situação da infraestrutura, equipamentos, insumos e recursos humanos da Atenção Básica para subsidiar o planejamento e a formação de políticas públicas.					
25	Há profissionais especialmente designados para a coordenação da Atenção Básica, formalizada por ato institucional e representada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.					
26	A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para os profissionais da Atenção Básica.					
27	A marcação de consultas, exames, controle de leitos, internações, urgência e emergência são controlados a partir de sistema on-line ou outro mecanismo de classificação para integração dos serviços da rede de atenção à saúde do munícipio.					
28	A gestão municipal garante aos trabalhadores da Atenção Básica plano de carreira, cargos e salários.					
29	A gestão municipal de saúde faz acompanhamento sistemático das condições das UBS, dos equipamentos e insumos utilizados pelas equipes de Atenção Básica.					
30	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes para implantação da Atenção Básica, definindo-a como orientadora da rede de Atenção à Saúde do SUS.					
31	A gestão municipal de saúde oferece apoio para que os usuários possam buscar em outros municípios serviços de saúde que o município não tem condições de oferecer, garantindo a integralidade do atendimento.					
32	Os profissionais de saúde trabalham com metas e objetivos definidos nos planejamentos realizados pela equipe de saúde, gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.					
33	A gestão municipal de saúde estabelece políticas para uso eficiente dos recursos investidos nas UBS com programa para maximizar insumos, equipamentos e tempo de trabalho dos profissionais.					
34	Os gestores municipais utilizam instrumentos de auto avaliação próprios ou do Ministério da Saúde para avaliar a Atenção Básica no município.					
35	Existe auditoria nas informações geradas pelos profissionais de saúde e gestão municipal a fim de garantir a qualidade das informações fornecidas para o governo estadual, Ministério da Saúde e a elaboração de políticas públicas.					
36	A Atenção Básica aumentou a **acessibilidade**, tendo em vista que facilitou todo acesso às instalações, serviços e recursos de saúde para o usuário.					
37	A Atenção Básica tem contribuído para a **integralidade** do cuidado, sendo a porta de entrada e orientadora ao longo da rede de atenção à saúde.					
38	A Atenção Básica no município tem contribuído para a **equidade**, tendo em vista que todo cidadão, sem nenhuma distinção, obtém acesso aos serviços de saúde.					
39	A Atenção Básica tem contribuído para a **universalidade** do acesso, tendo em vista que a partir dela a população tem abrangência, cobertura, acesso e atendimento aos serviços do SUS.					
40	A Atenção Básica tem estimulado a **participação social**, possibilitando a participação da população no planejamento, execução e controle das ações e serviços de saúde.					
41	A Atenção Básica contribuiu para o **vínculo,** estreitando as relações entre profissional de saúde, usuário e comunidade, com maior compreensão das relações sociais e familiares.					
42	A Atenção Básica contribuiu para ampliar a **responsabilização,** com o compartilhamento de responsabilidades entre comunidade, profissionais e gestão de saúde no planejamento, execução e controle das ações de saúde.					
43	A Atenção Básica permite a **continuidade** do cuidado, permitindo o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde.					
44	A Atenção Básica contribui para a **humanização**, com a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde.					
45	A Atenção Básica tem contribuído para o aumento da **eficiência** dos gastos públicos em saúde.					
46	A Atenção Básica tem dado foco à **prevenção** de enfermidades e **promoção** da saúde em detrimento do foco somente na cura de doenças.					

PARTE B - INFORMAÇÕES PESSOAIS:

47 Profissão: _____ 48 Email para contato e divulgação dos resultados: _____

49 Escolaridade: _____ 50 Cargo ocupado na Unidade Básica de Saúde (UBS) _____

51 Tempo de experiência na profissão atual: _____ 52 Tempo de experiência no atual local de trabalho: _____

53 Vínculo com a UBS: ( ) Contratado ( )Servidor Público ( ) Outro_____ 54- Município _____

ANEXO 2 - Roteiro de entrevista individual ou grupo focal para profissionais e gestores da Atenção Básica da Saúde

Olá, meu nome é Lucas Maia, sou Professor do Instituto Federal de Minas Gerais, Campus Sabará e Doutorando em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. Gostaria de solicitar sua contribuição para a pesquisa de doutorado que tem o objetivo de **compreender o processo de alocação de recursos na Atenção Básica da saúde de pequenos municípios.** Essa pesquisa tem apenas fins acadêmicos, com sigilo de todas informações e nenhum interesse político ou partidário. Essas questões são direcionadas aos profissionais da Atenção Básica e aos gestores municipais. O tempo previsto para completar toda entrevista é de, aproximadamente, 25 minutos.

Instruções: entenda **alocação de recursos** como todos os recursos materiais, humanos, culturais, tanto tangíveis quanto intangíveis, que podem influenciar o desempenho da Atenção Básica. Alguns poucos exemplos: insumos, profissionais, infraestrutura, cultura, religião, relações pessoais etc.

Quanto mais detalhes e mais informações, mais rica a pesquisa!!!! Obrigado!!!

Questões:

1 - Qual a importância da Atenção Básica para a rede de atenção à saúde do seu município?

2 – Qual sua percepção sobre o impacto dos governos federal, estadual e municipal na Atenção Básica do seu município?

3 – Descreva o relacionamento entre os profissionais, população e gestão da Atenção Básica do seu município.

4 – Fale sobre os fatores mais importantes para o funcionamento da Atenção Básica do seu município.

5 – Analise os seguintes princípios da saúde e da Atenção Básica: a) universalidade; b) integralidade; c) acessibilidade d) equidade; e) qualidade; f) vínculo; g) continuidade do cuidado; h) responsabilização; i) participação social. Descreva aqueles que o município tem obtido êxito e aqueles que o município tem dificuldade de alcançar.

6 - Quais os pontos fortes (pontos positivos) da Atenção Básica no seu município?

7 – Quais os pontos fracos (pontos negativos) da Atenção Básica no seu município?

8 – Quais os principais desafios para a melhoria da Atenção Básica?

DADOS PESSOAIS SOBRE OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTAS

9 Profissão: ____ 10 Escolaridade: ____

11 Cargo ocupado na Unidade Básica de Saúde (UBS) ____ 12 Tempo de experiência na profissão atual:_____

13 Tempo de experiência no atual local de trabalho/na UBS: _____

14 Vínculo com a UBS: ( ) Contratado ( )Servidor Público ( ) Outro_____

18 Como se classifica: ( ) Profissional da Atenção Básica ( ) Gestor municipal ( )Ambos ( )Outro____

15 Data do grupo focal ou entrevista: _____

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) para participar da pesquisa intitulada "**Avaliação da alocação de recursos materiais e humanos na Atenção Básica da Saúde sob a perspectiva da Política Nacional da Atenção Básica**"

Nome: _____
Profissão: _____
Sexo:_____ Data de Nascimento: _____
Identidade: _____ CPF: _____
Data de nascimento: _____
Endereço: _____
Email: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR
Nome: Lucas Maia dos Santos
Profissão e escolaridade: Professor do Instituto Federal de Minas Gerais, Campus Sabará e doutorando em Administração pelo CEPAD/UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais.
Endereço profissional: Av. Serra da Piedade, 299, Conjunto Morada da Serra, Sabará-MG
Email de contato: lucas.maia@ifmg.edu.br **Telefone de contato**: (31) 8564 6204 ou (31) 3670 1072

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: o motivo que nos leva a estudar o assunto da alocação de recursos materiais e humanos na Atenção Básica é a tentativa de compreender melhor sobre os processos da execução e organização da Atenção Básica sob a perspectiva da Política Nacional da Atenção Básica de 2011. A pesquisa se justifica, tendo em vista que muitos estudos supõem que a Atenção Básica não tem reorganizado a rede de atenção à saúde com um modelo focado na prevenção e promoção, seguindo os princípios destacados pela Política Nacional da Atenção Básica. Tendo em vista a importância da alocação de recursos para a eficiência dos gastos públicos em saúde, ainda poucos estudos são encontrados nesta linha. Desta maneira, o objetivo desta pesquisa é avaliar a alocação de recursos humanos e materiais na Atenção Básica da saúde sob a perspectiva da Política Nacional da Atenção Básica. Entende-se que a estrutura, os profissionais da Atenção Básica e os gestores municipais de saúde são os principais recursos alocados na Atenção Básica, principalmente, pelo fato de ser um nível de alta complexidade e baixa densidade tecnológica. Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: profissionais de saúde e gestores municipais serão convidados para participar de entrevistas ou grupos focais, dependendo da disponibilidade destes. Em seguida, enviaremos um convite para o e-mail de profissionais de saúde da Atenção Básica e gestores municipais para responderem um questionário online com questões fechadas em escala de 10 pontos. Para complementar os dados coletados na pesquisa, serão coletados dados secundários da base de dados do Ministério da Saúde, DataSUS. As entrevistas, grupos focais e a aplicação de questionários acontecerão apenas uma vez, com o consentimento da gestão municipal do município e dos participantes. O número de participantes dependerá da disponibilidade, mas serão convidados de 5 a 8 profissionais de saúde por município para os grupos focais e o máximo possível de Participantes para os questionários online. Toda coleta de dados acontecerá no local de trabalho, em horário e datas agendadas de acordo com disponibilidade dos profissionais e gestão municipal da saúde.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimo para quem participar de alguma entrevista, grupo focal ou preenchimento do questionário. No caso de desconforto em particular da pesquisa ou em responder a algum questionamento introduzido pelos procedimentos acima apontados o participante tem o direito de se negar a responder. Todas as informações serão mantidas sob sigilo pelo pesquisador e em nenhuma fase da pesquisa o entrevistado ou o município será identificado. Com relação aos benefícios, a participação na pesquisa estará contribuindo para a realização da tese de doutorado e para aumentar os conhecimentos sobre os processos de alocação de recursos em saúde e impacto de políticas públicas no município. Não há benefícios diretos para o participante em razão da inexistência de financiamento para a pesquisa.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador, Lucas Maia dos Santos pode ser encontrado nos seguintes telefones: (31) 3670-1072, (31) 8564 6204. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde, do Centro de Pós Graduação e Pesquisa em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, o participante tem direito às indenizações legalmente estabelecidas

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informada (o) **dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O(a) professor(a) orientador(a) Márcio Augusto Gonçalves e o doutorando Lucas Maia dos Santos certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com o doutorando Lucas Maia dos Santos pelo email lucas.maia@ifmg.edu.br ou pelos telefones (31) 3670-1072 ou (31) 8564 6204 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais na Av. Antônio Caros, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, email coep@prpq.ufmg.br e telefone 31 3409-4592**

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

ANEXO 4 – Frequência de palavras chaves por categoria e por transcrição

	Frequência de palavras chaves por transcrição																			
Frequência de palavras chaves por categoria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
Gestão de recursos e planejamento	0,84	1,68	1,89	0,21	1,68	1,68	1,89	0,21	1,47	1,26	0,84	0,42	0,42	1,05	0,63	1,26	0,21	0,63	1,26	19,54
Mandonismo e clientelismo municipal	0,84	1,26	0,00	0,00	0,00	0,42	0,21	0,42	0,00	0,21	0,21	0,00	0,00	0,42	0,63	0,00	0,00	0,21	0,00	4,83
Participação sócia, informalidade e comunicação	0,42	1,26	0,21	0,00	0,84	0,63	0,63	0,42	0,84	0,42	0,42	0,00	0,21	1,47	0,42	0,21	0,21	0,63	0,63	9,87
Perfil profissional, capacitação e treinamento	0,84	1,89	0,00	0,00	0,63	0,21	0,21	0,00	0,21	0,00	0,21	0,42	0,84	0,21	0,63	0,21	0,00	0,42	0,63	7,56
Políticas Públicas e financiamento	0,63	3,57	0,42	0,21	0,42	0,84	0,21	0,84	1,26	2,10	0,21	2,10	0,63	1,89	1,05	0,63	0,63	0,42	0,42	18,49
Princípios e diretrizes da Atenção Primária.	1,47	1,47	1,68	0,42	1,26	1,89	1,26	0,42	0,84	0,84	0,63	0,21	0,42	1,05	1,05	0,84	1,05	0,63	1,68	19,12
Profissionalismo	0,00	1,05	0,00	0,00	0,42	0,21	0,00	0,21	0,42	0,00	0,21	0,21	0,21	0,21	0,00	0,63	0,21	0,00	0,42	4,41
Rede de atenção à saúde	1,89	0,63	0,21	0,00	2,31	1,47	1,26	1,05	0,84	0,84	0,42	0,00	0,84	1,47	0,21	0,42	0,63	0,63	1,05	16,18
Total	6,93	12,82	4,41	0,84	7,56	7,35	5,67	3,57	5,88	5,67	3,15	3,36	3,57	7,77	4,62	4,2	2,94	3,57	6,09	100

Fonte: Resultados da pesquisa

ANEXO 5 – Frequência de palavras chaves por categoria e por município

Frequência de palavras chaves por município										
Frequência de palavras chaves por categoria	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Total**
Gestão de recursos e planejamento	2,51	1,88	0,21	5,23	2,93	1,26	2,09	1,26	2,09	19,46
Mandonismo e clientelismo municipal	2,09	0,00	0,00	0,63	0,63	0,21	1,05	0,00	0,21	4,81
Participação social, informalidade e comunicação	1,67	0,21	0,00	2,09	1,67	0,42	2,09	0,21	1,67	10,04
Perfil profissional, capacitação e treinamento	2,72	0,00	0,00	1,05	0,21	0,63	1,67	0,21	1,26	7,74
Políticas Públicas e financiamento	4,18	0,63	0,00	1,46	4,18	2,3	3,56	0,63	1,46	18,41
Princípios e diretrizes da Atenção Primária.	2,93	2,09	0,00	4,39	2,09	0,84	2,51	0,84	3,35	19,04
Profissionalismo	1,05	0,00	0,00	0,63	0,63	0,42	0,42	0,63	0,63	4,39
Rede de atenção à saúde	2,51	0,21	0,00	5,02	2,72	0,42	2,51	0,42	2,3	16,11
Total	**19,67**	**5,02**	**0,21**	**20,5**	**15,06**	**6,49**	**15,9**	**4,18**	**12,97**	**100**

Fonte: Resultados da Pesquisa

ANEXO 6 - Análise fatorial exploratória – KMO = 0,95 e p-valor<1% para o teste de Esfericidade de Bartlett (continua)

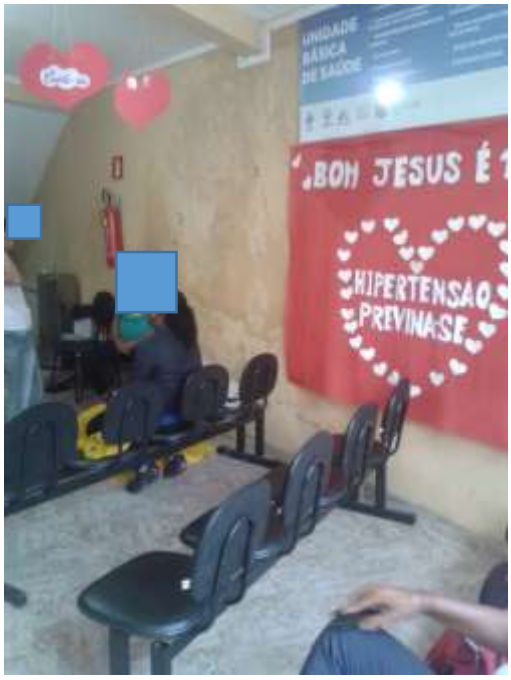
Variável	F1	F2	F3	F4	F5	Singularidade
Alpha de Crombach	0,94	0,89	0,88	0,87	0,88	
V1 A UBS dispõe de infraestrutura, equipamentos e insumos que possibilitam o trabalho dos profissionais e atendimento ao usuário.		0,73				0,34
V2 A UBS dispõe de infraestrutura, materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.		0,73				0,39
V3 A UBS está adequada para atendimento de pessoas com deficiência, analfabetos e idosos.		0,67				0,41
V4 A UBS dispõe das vacinas e medicamentos necessários ao atendimento dos usuários.		0,64				0,46
V5 A UBS dispõe de equipamentos de proteção individual (EPI) de forma adequada para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde.		0,54				0,53
V6 A UBS dispõe de mecanismos de controle de estoque de insumos, medicamentos e vacinas e das condições adequadas de conservação destes, evitando o excesso ou desabastecimento.		0,78				0,24
V8 A UBS recebe manutenção das instalações físicas e equipamentos de forma a garantir boas condições para profissionais e usuários.		0,63				0,36
V9 A equipe de saúde é formada por profissionais de diferentes formações que compartilham entre si conhecimentos para ampliar a capacidade de atuação de toda equipe de saúde.	0,50					0,48
V12 A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias de abordagem familiar e de grupos sociais específicos que contribuem para maior visibilidade da estrutura das relações familiares e afetivas dos usuários.				0,46		0,37
V13 Profissionais da Atenção Básica realizam visitas domiciliares de maneira programada e permanente para assegurar atendimento satisfatório, contínuo, com foco na prevenção e promoção.				0,60		0,41
V14 A equipe de Atenção Básica realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral com encaminhamento para outros níveis da rede de atenção à saúde quando necessário, garantindo a coordenação da referência e contra referência.					0,37	0,49
V16 A equipe possui profissionais capacitados para manter registros dos procedimentos de saúde, infraestrutura, equipamentos, medicamentos e insumos com a finalidade de gerar informações para a gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde.					0,55	0,38
V17 A equipe de saúde reúne-se com a comunidade e gestão municipal para desenvolver ações conjuntas, debater os problemas locais de saúde e realizar o planejamento da Atenção Básica.					0,47	0,47
V19 A equipe de saúde controla o usuário na dispensação e uso de medicamentos oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde.				0,71		0,38
V20 os profissionais de saúde realizam avaliações periódicas da Atenção Básica por meio de instrumentos e manuais fornecidos pela gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde.			0,61			0,39
V21 os profissionais de saúde trabalham com metas e objetivos definidos nos planejamentos realizados pela equipe de saúde, gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.				0,63		0,36
V22 A equipe de saúde mantém registro sobre carga horária de trabalho, faltas, licença e férias dos profissionais para prestação de contas a gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.				0,72		0,37

(Continua)

Variável	F1	F2	F3	F4	F5	Singularidade
V23 A gestão municipal de saúde mantém registros da situação de saúde da população para subsidiar o planejamento e a formação de políticas públicas.					0,72	0,26
V24 A gestão municipal de saúde mantém registros da situação da infraestrutura, equipamentos, insumos e recursos humanos da Atenção Básica para subsidiar o planejamento e a formação de políticas públicas.					0,60	0,28
V25 há profissionais especialmente designados para a coordenação da Atenção Básica, formalizada por ato institucional e representada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.					0,48	0,47
V26 A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para os profissionais da Atenção Básica.			0,55			0,41
V27 A marcação de consultas, exames, controle de leitos, internações, urgência e emergência são controlados a partir de sistema on-line ou outro mecanismo de classificação para integração dos serviços da rede de atenção à saúde do munícipio.				0,37		0,59
V28 A gestão municipal garante aos trabalhadores da Atenção Básica plano de carreira, cargos e salários.			0,54			0,45
V29 A gestão municipal de saúde faz acompanhamento sistemático das condições das UBS, dos equipamentos e insumos utilizados pelas equipes de Atenção Básica.			0,49			0,40
V30 O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes para implantação da Atenção Básica, definindo-a como orientadora da rede de Atenção à Saúde do SUS		0,45				0,36
V31 A gestão municipal de saúde oferece apoio para que os usuários possam buscar em outros municípios serviços de saúde que o município não tem condições de oferecer, garantindo a integralidade do atendimento.	0,50					0,49
V32 A gestão municipal trabalha com metas e objetivos definidos nos planejamentos realizados pela equipe de saúde, gestão municipal, estadual ou Ministério da Saúde.				0,48		0,32
V33 A gestão municipal de saúde estabelece políticas para uso eficiente dos recursos investidos nas UBS com programa para maximizar insumos, equipamentos e tempo de trabalho dos profissionais.			0,68			0,30
V34 os gestores municipais utilizam instrumentos de auto avaliação próprios ou do Ministério da Saúde para avaliar a Atenção Básica no município.			0,72			0,29
V35 existe auditoria nas informações geradas pelos profissionais de saúde e gestão municipal a fim de garantir a qualidade das informações fornecidas para o governo estadual, Ministério da Saúde e a elaboração de políticas públicas.			0,70			0,35
V36 A Atenção Básica aumentou a **acessibilidade**, tendo em vista que facilitou todo acesso às instalações, serviços e recursos de saúde para o usuário.	0,63					0,42
V37 A Atenção Básica tem contribuído para a **integralidade** do cuidado, sendo a porta de entrada e orientadora ao longo da rede de atenção à saúde.	0,77					0,19
V38 A Atenção Básica no município tem contribuído para a **equidade**, tendo em vista que todo cidadão, sem nenhuma distinção, obtém acesso aos serviços de saúde.	0,70					0,29
V39 A Atenção Básica tem contribuído para a **universalidade** do acesso, tendo em vista que a partir dela a população tem abrangência, cobertura, acesso e atendimento aos serviços do SUS.	0,62					0,30

(Conclusão)

Variável	F1	F2	F3	F4	F5	Singularidade
V40 A Atenção Básica tem estimulado a **participação social**, possibilitando a participação da população no planejamento, execução e controle das ações e serviços de saúde.	0,54					0,47
V41 A Atenção Básica contribuiu para o **vínculo,** estreitando as relações entre profissional de saúde, usuário e comunidade, com maior compreensão das relações sociais e familiares.	0,69					0,35
V42 A Atenção Básica contribuiu para ampliar a **responsabilização,** com o compartilhamento de responsabilidades entre comunidade, profissionais e gestão de saúde no planejamento, execução e controle das ações de saúde.	0,75					0,23
V43 A Atenção Básica permite a **continuidade** do cuidado, permitindo o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde.	0,84					0,21
V44 A Atenção Básica contribui para a **humanização**, com a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde.	0,82					0,19
V45 A Atenção Básica tem contribuído para o aumento da **eficiência** dos gastos públicos em saúde.	0,58					0,38
V46 A Atenção Básica tem dado foco à **prevenção** de enfermidades e **promoção** da saúde em detrimento do foco somente na cura de doenças.	0,65					0,45

Fonte: Resultados da pesquisa

ANEXO 7 - FOTOGRAFIAS