



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARLA FABIULA DE BARROS HATISUKA

**A EFETIVAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM A
MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL**

Londrina
2021

MARLA FABIULA DE BARROS HATISUKA

**A EFETIVAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM A
MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera.

Londrina
2021

Ficha de Identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Hatisuka, Marla Fabiula de Barros

A efetivação dos atributos da atenção primária à saúde: uma análise dos dados do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e sua relação com a mortalidade infantil no Brasil. / Marla Fabiula de Barros Hatisuka. - Londrina, 2021.
96f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

Inclui bibliografia.

1. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde – Tese. 2. Atenção Primária à Saúde – Tese. 3. Avaliação em Saúde - Tese. 4. Avaliação do Impacto na Saúde – Tese. I. Cabrera, Marcos Aparecido Sarria. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

MARLA FABIULA DE BARROS HATISUKA

A EFETIVAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM A MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr Marcos Aparecido Sarria Cabrera
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr Arthur Eumann Mesas
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profª Drª Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profª Drª Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr Ricardo Castanho Moreira
Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP

Londrina, 20 de julho de 2021.

Dedico este trabalho ao meu amado esposo Helinho,
por todo carinho e amor.

*“Felicidade, é viver na sua companhia
Felicidade, é estar contigo todo dia
Felicidade, é sentir o cheiro desta flor
Felicidade, é saber que eu tenho o seu amor “*

Música: Felicidade.

Interprete: Seu Jorge

Compositores: Gabriel Moura, Seu Jorge, Leandro
Fab e Pretinho da Serrinha.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me sustentar até aqui.

Aos meus amados pais, Heraldo e Rosangela, por todo amor, pelos ensinamentos, pela compreensão e pelo apoio. Amo vocês.

Ao meu querido esposo, pelo companheirismo em todos os momentos. Te amo.

A minha irmã Vanessa, por ser meu complemento, pela sua intensidade e por me decifrar, mesmo diante do meu silêncio. Você é preciosa para mim.

Ao meu querido irmão Alexandre, pela imensa ajuda na construção do banco de dados, não sei o que faria sem você. Te amo.

Ao meu sobrinho Felipe de Barros, pelo amor sem medidas, pelas brincadeiras divertidas e pelas constantes orações para que eu pudesse defender em 2021. Deu certo!

Aos meus sogros Kaname “Oscar” e Iokako, pelo acolhimento, estímulo e afeto.

A minha família, em especial, as Tias Cristina e Nisinha, e a minha prima Débora, que, de várias maneiras, me incentivaram a essa conquista.

Ao Dr. Guilherme Lacombe, obrigada por me ajudar a chegar até aqui.

As minhas amigas Ana Lúcia De Grandi, Cristiane Schel e Elisângela Pinafo, por serem as melhores para mim.

À Regina Hitomi Fukuda Ohira, minha grande inspiração pessoal e profissional, e também, minha eterna dupla de disciplina. Obrigada.

Ao meu Orientador Marcos Cabrera. Não é fácil colocar em palavras TUDO que o senhor representa para mim, mas vou tentar... O senhor me encorajou, me ensinou, me acolheu, me apoiou, e por isso, o doutorado foi possível. De todo este processo, conhecê-lo foi a melhor parte, e, com certeza, será minha maior saudade. Obrigada!

Aos membros da banca examinadora por aceitarem o convite, e pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

Ao Ricardo Castanho Moreira, pelo auxílio em todas as etapas deste processo. Obrigada.

Ao Dr. Julião Soares Souza Lima, pela contribuição na análise estatística de *Cluster*.

As minhas queridas Amanda Alingere, Amanda Lourenço e Gabriela Possetti, por vocês serem a personificação da alegria e positividade.

À Josilene Dália Alves e Alessandro Rolim Scholze, pelo tempo dedicado à realização da análise espacial, que infelizmente não entrou na tese, mas daremos continuidade.

À Filomena e à Madalena, por tornarem meus dias mais felizes.

À Roseane Silva, pelo carinho e pelo cuidado comigo e com minha família.

Ao meu grande amigo Roberto Biggi, pela parceria, pelas conversas e desabafos e, claro, pela fezinha de toda semana rs.

À Janete Kanneblay, pelo melhor abraço que já conheci (saudades), pelo apoio e carinho, durante todos esses anos.

À Cidinha Campion, pela amizade e parceria com a minha família.

À Daniele Cristina Fernandes Niehues, pelo vínculo que formamos e que levaremos para a vida.

À Juliana Signoretti, por ser espirituosa e alegre.

Aos docentes do curso da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo compartilhamento de seus conhecimentos.

À Universidade Estadual do Norte do Paraná e aos professores do Colegiado de Enfermagem pelo apoio e pela liberação parcial.

♪♪ Chorei... Ah eu chorei
Não procurei esconder
Todos viram, fingiram
Pena de mim não precisava
Ali onde eu chorei
Qualquer um chorava
Dar a volta por cima que eu
dei
Quero ver quem dava
Um homem de moral
Não fica no chão
Nem quer que mulher
Lhe venha dar a mão
Reconhece a queda
E não desanima
Levanta, sacode a poeira
E dá a volta por cima! ♪♪

Samba: Volta por cima.

Interprete: Beth Carvalho

Compositor: Paulo Vanzolini

HATISUKA, Marla Fabiula de Barros. **A efetivação dos atributos da atenção primária à saúde:** uma análise dos dados do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e sua relação com mortalidade infantil no Brasil. 2021. 94f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre a efetivação da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva do usuário, e a classificação de desempenho das equipes de saúde, no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). **Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, transversal e de abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por usuários que participaram do 3º ciclo do PMAQ e que responderam ao Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário. Também, foram analisados os dados da classificação de desempenho das unidades de saúde que participaram do programa. Para a análise da TMI, a população do estudo foram os óbitos de menores de um ano e o total de nascidos vivos dos anos de 2015 a 2017. Para a análise dos atributos essenciais da Atenção Básica (AB), foi realizada a correspondência entre as questões contidas no Módulo III, com as definições dos atributos essenciais definidos pela pesquisadora Bárbara Starfield (2002). Para a análise de certificação, as unidades, classificadas acima de boa, foram agrupadas em uma única variável renomeada como “boa classificação de desempenho”. Para verificar a associação entre as porcentagens de unidades com boa classificação de desempenho e a TMI, foi realizado o teste de coeficiente de correlação de Pearson, assim também foram realizadas análises de similaridade entre as variáveis estudadas e os Estados da Federação. Para verificar a diferença nas médias dos atributos essenciais, segundo o porte populacional, foi realizado o teste de ANOVA de uma via e, para verificar quais grupos diferiram entre si, foi utilizado o teste de *post-hoc* de Tukey. Também foi utilizado o teste de coeficiente de correlação de Pearson, sendo adotado nível de significância de 5%, para verificar a relação entre a TMI e as médias dos atributos. **Resultados:** Existe correlação negativa de intensidade moderada (-0,534) e significativa ($p=0,005$) entre a certificação das equipes e a TMI. Na análise de similaridade, obteve-se a formação de quatro grupos, sendo o grupo, com as menores porcentagens de unidades com boa classificação de desempenho e maior média da TMI, composto por cinco Estados, todos da região Norte. A análise da diferença de médias demonstrou que existem diferenças no alcance dos atributos essenciais, nos diferentes portes populacionais, na percepção de seus usuários, principalmente nos atributos de primeiro contato e longitudinalidade. Também revela que existe relação negativa entre a TMI e o alcance dos atributos, com resultado mais expressivo entre o atributo de primeiro contato e as metrópoles. **Conclusões:** Existe relação entre a certificação da equipe de saúde com a TMI, assim como existem diferenças nos alcances dos atributos essenciais da AB, na percepção dos usuários, de acordo com o porte populacional. São grandes os desafios, para que se consiga atingir a efetivação da qualidade da AB no Brasil, sobretudo no contexto político neoliberal com redução dos gastos públicos, principalmente nas políticas sociais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação do Impacto na Saúde. Mortalidade Infantil. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

HATISUKA, Marla Fabiula de Barros. **Consolidation of the attributes of primary health care:** an analysis on data from the national program for the improvement of primary-care access and quality and infant mortality in Brazil 2021. 94p. Thesis (Collective Health Doctoral Program) – State University of Londrina [Universidade Estadual de Londrina], Londrina, Brazil, 2021.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the consolidation of Primary Health Care from a user perspective and the performance classification of health teams in the National Program for the Improvement of Primary-Care Access and Quality [*Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*] (PMAQ) with the Infant Mortality Rate (IMR). **Method:** This is an evaluation, cross-sectional research with a quantitative approach. The study population was composed of users who participated in the 3rd cycle of the PMAQ and completed Module III – Interview at the Health Unit with the User. Additionally, data on the performance classification of the health units that joined the program were analyzed. For the IMR analysis, the study population included the deaths of infants under one year old and all live births from 2015 to 2017. To analyze the essential attributes of Primary Care (PC), the questions contained in Module III were compared with the definitions of the essential attributes described by the researcher Bárbara Starfield (2002). For the certification analysis, the units classified as above "Good" were grouped into one single variable renamed as "Good performance classification", then grouped again in accordance with the State of the Federation to which they belong. To verify the association between the percentages of units with good performance classification and the IMR, Pearson's correlation coefficient test was performed, and so were analyses of similarities between the studied variables and the States of the Federation. To verify differences in the means of the essential attributes, based on the population size, the One-Way ANOVA was applied, and to verify which groups differed from each other, Tukey's post-hoc was used. Pearson's correlation coefficient test was employed as well, at a 5% level of significance, to verify the relationship between the IMR and the means of the attributes. **Results:** There is a moderate (-.534) and significant ($p=0.005$) correlation between the certification of the unit and the IMR. In the analysis of similarities, four groups were formed, with the group with the lowest percentages of units with good performance classification and highest IMR mean being composed of five states, all in the North. The analysis on the difference of means showed differences in the reach of the essential attributes within the different population sizes, from the perception of their users, especially in the first-contact and longitudinality attributes. It also reveals a negative relationship between the IMR and the reach of the attributes, with a more expressive result between the first-contact attribute and the metropolises. **Conclusions:** There is a relationship between the certification of the health team with the IMR, as well as differences in the reach of the essential attributes of PC, from the perspective of users, in accordance with the population size. There are big challenges towards consolidating the quality of PC in Brazil, especially in the neo-liberal political context, with cuts in public spending, mainly in social policies.

Keywords: Primary Health Care. Evaluation of Health Programs and Projects. Health Impact Assessment. Infant Mortality. Health Care Quality. Access and Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Definição dos atributos exclusivos da Atenção Primária à Saúde e tipo de informação para sua medição.....	24
Figura 1	Ilustração das fases do 3º ciclo do PMAQ.....	31
Quadro 2	Variáveis selecionadas após a correspondência com os atributos essenciais, de acordo com as definições de Bárbara Starfield (2002).....	39
Quadro 3	Descreve como foi elaborado o banco de dados utilizando variáveis dicotômicas.....	42
Quadro 4	Exemplifica como foi elaborado o banco de dados utilizando variáveis em escala <i>Likert</i>	43
ARTIGO 1		
Figura 1	Correlação em percentual de unidades de saúde com boa classificação de desempenho e a TMI. Brasil, 2019.....	57
Figura 2	Dendograma de agrupamento dos Estados de acordo com o percentual de unidades com boa classificação de desempenho na avaliação PMAQ e a TMI. Brasil, 2019.....	58
ARTIGO 2		
Figura 1	Gráficos de distribuição das médias dos atributos essenciais da AB, segundo o porte populacional.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos usuários participantes do 3º ciclo do PMAQ, segundo o porte populacional dos municípios - Brasil (2015-2017).....	48
Tabela 2	Características de adesão e classificação dos municípios no PMAQ, segundo o porte populacional.....	49

ARTIGO 1

Tabela 1	Distribuição das unidades de saúde, segundo classificação de desempenho no PMAQ e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), de acordo com o Estado. Brasil, 2019.....	56
----------	---	----

ARTIGO 2

Tabela 1	Comparação das médias da pontuação nos atributos essenciais do PMAQ, de acordo com o porte populacional dos municípios. Brasil, 2020.....	70
Tabela 2	Correlação entre a TMI e médias da pontuação nos atributos essenciais do PMAQ, de acordo com o porte populacional dos municípios. Brasil, 2020.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMAQ	Auto avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EC95	Emenda Constitucional nº95
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	19
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.2	ATRIBUTOSSENCIAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	23
2.2.1	PrimeiroContato	24
2.2.2	Atributo de Longitudinalidade	25
2.2.3	Atributo de Integralidade	26
2.2.4	Atributo de Coordenação	27
2.3	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	28
2.3.1	Indicadores e Saúde - Mortalidade Infantil	34
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL.....	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
4	MÉTODO	37
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	37
4.2	POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO.....	37
4.3	FONTE DE DADOS.....	38
4.3.1	Elaboração do banco de dados	39
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	43
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	43
4.5.1	Artigo1	44
4.5.2	Artigo2	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4.7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	46
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
5.1	ARTIGO 1.....	50
5.2	ARTIGO 2.....	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	ANEXOS	88

1 INTRODUÇÃO

No século XX, o Brasil passou por transformações importantes, como as mudanças sociais e econômicas, dadas a intensa urbanização e a industrialização, alterando, com isto, o perfil demográfico e epidemiológico da população. Apesar destes avanços, na década de 1980, o país apresentava indicadores de saúde que não condiziam com a realidade vigente, estando a Mortalidade Infantil (MI) acima de 40 óbitos por mil nascidos vivos, portanto, eram necessárias políticas sociais inclusivas para a melhoria das condições de vida da população (ANDRADE *et al.*, 2015).

Com efeito, influenciado pelo movimento da Reforma Sanitária, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), mas somente foi instituído pelas Leis 8080/90 e 8142/90. A partir disso, se consolidou a municipalização dos serviços de saúde, em especial da Atenção Básica (AB), gerando, assim, um grande avanço na oferta e disponibilidade deste modelo de assistência à população brasileira.

Dessa maneira, a intensa expansão de cuidados primários em saúde ocorreu no início da década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Diante disso, a busca pela integralidade do cuidado, na perspectiva da família e do contexto de vida da população, foi incorporada à prática assistencial, ou seja, o enfoque deixou de ser a doença (MENDES, 2019).

Um marco importante na trajetória dos cuidados da AB foi a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006, onde a ESF foi designada como estratégia prioritária para a organização do SUS. A PNAB foi resultado de um esforço coletivo, de indivíduos e movimentos sociais, para a consolidação do SUS, assim, foi desenvolvida de maneira descentralizada e próxima aos usuários, para que ela tenha a função de porta de entrada e centro de comunicação como toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), para tanto, é necessário que ela seja orientada pela universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

A intensa expansão da ESF e, conseqüentemente, o aumento da cobertura da população pela AB, possibilitou o acesso de milhões de brasileiros a este serviço que traz em seu bojo ações voltadas à melhoria da qualidade e mudanças no estilo de vida, expressas por indicadores de saúde, como o aumento da cobertura vacinal, a diminuição das internações de agravos considerados sensíveis à atenção primária, além da redução da Taxa de Mortalidade

Infantil (TMI) (ANDRADE *et al.*, 2015).

Apesar dos resultados citados acima, a PNAB já passou por duas revisões desde a sua publicação, sendo a última em 2017, onde, a ESF deixou de ser priorizada, entre outros retrocessos que serão mencionados adiante. Deve-se destacar, também, que o SUS está sobre forte ameaça diante do contexto neoliberal, em razão do desfinanciamento e do congelamento dos gastos públicos, pelos próximos 20 anos, impostos pela Emenda Constitucional nº 95 (EC95) (ABRASCO, 2018). Diante disso, surgem indícios das consequências das políticas de austeridade fiscal imposta, visto que, um estudo recente projetou que haverá mais de 20 mil mortes evitáveis em crianças menores de 5 anos relacionadas à estagnação ou redução da cobertura da ESF (RASELLA *et al.*, 2018).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2008, ressalta que a APS deve ser priorizada por ser considerada a melhor forma de empregar os recursos em saúde, no entanto, são necessários investimentos político-financeiros, visto que a APS deve estar centrada no indivíduo e na coletividade, estabelecendo vínculo ao longo da vida, com atenção integral e contínua, se responsabilizando pela saúde de todos os indivíduos da comunidade e promovendo a participação social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

De maneira simultânea ao desenvolvimento da AB, foram elaboradas ações que promovessem o aperfeiçoamento contínuo da qualidade deste modelo de atenção, com estratégias de monitoramento, acompanhamento e avaliação. No ano de 2003, foi publicada a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, e em 2005 foi lançada oficialmente a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-AB) que consistia na livre adesão das equipes de AB, com instrumentos de autoanálise e autogestão, conferindo às equipes diferentes estágios de qualidade e que deveriam ser progressivamente alcançados (ANDRADE *et al.*, 2015).

Nesse cenário, no ano de 2011, o MS propôs uma nova estratégia de avaliação e instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), cujo objetivo era a “ampliação do acesso e a melhoria da qualidade deste nível de atenção, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional ou localmente” (BRASIL, 2011).

Com isso, ao final de cada ciclo do PMAQ, as unidades de saúde participantes eram classificadas de acordo com o seu desempenho, podendo ser: ótima, muito boa, boa, regular e ruim, também podendo ser classificada como insatisfatória ou desclassificada. Desta maneira, cada equipe receberia um incentivo adicional previsto no programa, de acordo com a

classificação obtida, assim, quanto melhor a classificação, maior o recurso financeiro destinado às equipes e à UBS (BRASIL, 2017a).

Ao ser instituído o PMAQ, foram estabelecidos 47 indicadores para monitorar e avaliar as equipes de AB que aderissem ao programa, desses, 24 indicadores estavam relacionados ao desempenho das equipes, sendo os demais indicadores destinados ao monitoramento das mesmas. Os indicadores de desempenho eram relacionados com as principais áreas estratégicas da AB, tais como: pré-natal; prevenção de câncer de colo de útero; saúde da criança; controle de agravos crônicos como a hipertensão e o diabetes; e a saúde bucal. Sendo assim, esses indicadores foram analisados na avaliação externa do PMAQ e utilizados na certificação das equipes (BRASIL, 2013).

Portanto, avaliar o desempenho da PNAB é uma das funções primordiais do Estado, não apenas para garantir ao cidadão informações referentes ao investimento na área da saúde, como também ter informações sobre o acesso e a qualidade desses serviços à população, podendo, dessa maneira, fortalecer/melhorar/corrigir tais ações e serviços de AB prestados pelos municípios (BRASIL, 2013).

Sendo assim, ficam evidentes os esforços para a qualificação dos profissionais que compõem este modelo de atenção, bem como, para garantia do acesso da população. Somando-se a isso, os processos de avaliação da AB são fundamentais para nortear as atividades de gestão, assim também a assistência prestada pelos profissionais que assistem diretamente a população, pois podem subsidiar ações mais efetivas dentro do contexto em que são produzidas (MEDRADO *et al.*, 2015). Portanto, “[...] toda avaliação que evidencia as potencialidades e fragilidades contribui para a qualidade e para o desenvolvimento de programas, projetos ou ações em saúde [...]” (GIL *et al.*, 2017a, p. 291).

Importante estudiosa e pesquisadora sobre a APS, Bárbara Starfield afirma a importância da APS no sistema de saúde, já que este nível de atenção permite a entrada do usuário no sistema, presta cuidado centrado no indivíduo, é coordenadora e integradora à atenção dos demais serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Para essa autora, a APS deve possuir algumas características, que ela chama de atributos essenciais e derivativos, para que os objetivos deste modelo de atenção possam ser alcançados. Os atributos essenciais são: prestação de serviços de primeiro contato; responsabilidade longitudinal pelo indivíduo, constituindo vínculo para estabelecimento de relação entre os usuários e equipe ao longo da vida; a garantia de cuidado integral, considerando o indivíduo como ser múltiplo, dentro dos limites de atuação dos profissionais da saúde; e coordenação das ações e dos serviços necessários para a resolução de problemas

de saúde dos usuários (STARFIELD, 2002).

Para Starfield (2002), a importância em se verificar o alcance dos atributos da APS está na possibilidade de qualificação dos profissionais que atuam na AB, dado o impacto que este nível de atenção tem sobre a saúde da população. Logo, o conhecimento do alcance dos atributos, na perspectiva do usuário, permite identificar avanços e desafios da AB brasileira, auxiliando no planejamento das ações para o fortalecimento da AB.

Recente estudo de revisão sistemática, que avaliou as publicações no mundo sobre o desempenho da APS, analisando os atributos propostos por Starfield, verificou que, dentre os atributos essenciais, apenas o atributo de longitudinalidade e a utilização dos serviços, avaliada como subitem do atributo de primeiro contato, obtiveram boa avaliação. Esse estudo também destacou a necessidade de aperfeiçoar os componentes do processo e da infraestrutura para melhorar o desempenho da AB (PRATES *et al.*, 2017).

Em outra pesquisa, foi demonstrado que a adesão ao PMAQ refletiu na melhora da organização e registro das informações, impactando positivamente no planejamento a partir da autoavaliação, bem como as avaliações externas embasaram as ações da gestão e das equipes de saúde (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

Nesse sentido, pressupõe-se que o acesso de qualidade aos serviços ofertados pela AB, tendo como principal enfoque a atenção centrada no indivíduo, a prevenção e/ou atendimento precoce aos problemas de saúde, tenha efeito positivo sobre os indicadores de saúde que mensuram a saúde da população.

À vista disto, a TMI é historicamente considerada um importante indicador de saúde, pois reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico, bem como o acesso e a qualidade de recursos em saúde disponíveis. Assim, a análise deste indicador permite a avaliação do nível de saúde e do desenvolvimento socioeconômico da população, bem como subsidia ações de planejamento, gestão e de políticas públicas voltadas para a saúde materna e infantil (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Tendo em vista que os serviços de AB podem resolver a maioria das necessidades de saúde da população, medir a efetividade dos atributos essenciais a partir da perspectiva do usuário, podem colaborar para a qualificação dos profissionais e dos serviços ofertados por este modelo de atenção. Tais informações também podem auxiliar no aprimoramento das políticas públicas de saúde, valorizar e estimular a participação social, além de instigar outras pesquisas que auxiliem na busca por uma AB de qualidade.

Entretanto, também é importante verificar de que maneira o alcance dos atributos essenciais contribui para a melhoria das estatísticas vitais, já que, a partir dos indicadores de

saúde, também se pode avaliar o nível de saúde da população. Nesse sentido, o presente estudo procura respostas para as seguintes questões:

Os atributos essenciais da atenção básica são efetivados na assistência ao usuário deste serviço?

Há relação entre a avaliação dos atributos da atenção básica, na percepção do usuário, e a taxa de mortalidade infantil?

Há diferença entre a avaliação dos usuários sobre os atributos essenciais a depender do tamanho do município em que residem?

Há relação entre a classificação de desempenho das equipes e a taxa de mortalidade infantil?

2 ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

A importância nesta seção é a introdução dos conceitos-base da atenção primária à saúde e à metodologia científica na produção do conhecimento.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Relatório Dawson foi o primeiro documento oficial que propôs a hierarquização do sistema de saúde, organizado em diferentes níveis de atenção na Inglaterra, no ano de 1920. Tal documento considera a APS, à época chamada de centros de saúde primários, como sendo o primeiro nível de atenção, onde deveriam ser atendidos os casos menos complexos e mais comuns. Foi também nesse documento que se criou a ideia da APS como porta de entrada no sistema de saúde, sendo responsável pelo encaminhamento aos centros de saúde secundários e aos hospitais de ensino (LONDON, 1920). Desta forma, as propostas contidas nesse documento auxiliaram na criação do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra e influenciaram os demais sistemas de saúde que possuem o enfoque na APS (PORTELA, 2017).

Em 1978, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. Nesse evento, foram propostas metas a serem atingidas por meio da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Este pacto pela saúde foi denominado Declaração de Alma-Ata, assinado por 134 países, onde a APS deveria ser priorizada para os serviços locais de saúde, focados nas necessidades da saúde dos cidadãos, com atuação profissional interdisciplinar (BRASIL, 2002).

A partir de Alma-Ata, a APS tornou-se referência para as reformas em saúde. A definição de APS proposta na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema de saúde, sendo parte do processo de desenvolvimento social e econômico da sociedade, para o enfrentamento dos determinantes em saúde. Também demonstra preocupações com os elevados custos de assistência médica, por consequência de incorporação de novas tecnologias, atentando para a relação custo/benefício. Pressupõe a participação da comunidade, democratização do conhecimento e agentes de saúde treinados, contrapondo-se ao modelo hegemônico em saúde. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de atenção e deve interagir com os demais níveis de atenção, tendo como

objetivos a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 497).

Entretanto, diversos países, principalmente aqueles em desenvolvimento, adotaram a perspectiva de APS seletiva, no sentido de minimizar a exclusão social, focada nas populações mais vulneráveis e distanciando-se da universalidade proposta na Declaração de Alma-Ata. Assim, a APS seletiva propõe ações de intervenções de baixo custo para combater as doenças em países pobres, como: reidratação oral, imunização e aleitamento materno (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 498).

Diante desse contexto, o Brasil utiliza o termo “atenção básica” para designar a “atenção primária” no SUS, com vistas a se distanciar dos programas de APS seletivos, difundidos pelas agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 497), entretanto, a PNAB considera estes termos equivalentes e serão tratados nesta tese, como sinônimos, utilizando os termos APS e AB de acordo com o utilizado pelos autores das pesquisas citadas, assim como, dos documentos oficiais.

No Brasil, em 1980, ocorreram importantes avanços na saúde, com o movimento da Reforma Sanitária. Em 1982, com as eleições democráticas para governadores, houve início de um período de transformações nas políticas estaduais de saúde e na valorização da saúde pública. Há exemplo disso tem-se o Estado do Paraná, que constatou, após a realização de uma pesquisa, que em todo o Estado havia 245 postos/centros de saúde, ou seja, não chegava a uma unidade de saúde por município, sendo que muitas delas se encontravam em situação precária. Para mudar esse cenário, o Governo propôs discussões e debates, primeiramente na secretaria estadual de saúde, depois com os deputados estaduais e federais, e finalmente com os Distritos Sanitários. A estratégia era a municipalização da saúde por meio do Programa de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde (PEC- SAÚDE). Em 1984, com recursos advindos do tesouro, foram possíveis a ampliação e a reforma das UBSs e a aquisição de medicamentos básicos utilizados nestes serviços (GIL *et al.*, 2017a p. 102).

Em 1986, na 8ª conferência Nacional de Saúde o movimento da Reforma Sanitária se fortaleceu, sendo a ideia da expansão da APS potencializada, influenciando os deputados constituintes, que incluíram as propostas desta conferência na Constituição Federal (CF), criando, assim, o SUS, cujos princípios são: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1988).

Em 1990, foram promulgadas as “Leis Orgânicas da Saúde”, sendo nº 8080 (Brasil, 1990a) e nº 8142 (Brasil, 1990b), contudo somente foram efetivadas com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB), principalmente a NOB de 1993 (NOB93) e a NOB de

1996 (NOB 96) que incorporaram elementos constitutivos e princípios norteadores da descentralização, do financiamento, dos instrumentos de gerenciamento, do acompanhamento, da avaliação e do controle no SUS e da participação social (BRASIL, 1997).

Para Starfield (2002, p. 28),

[...] a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde [...].

No ano de 2006, o Ministério da Saúde adotou a Atenção Básica (AB) com a criação da PNAB que estabeleceu a revisão de normas e diretrizes para a organização da AB, tanto para o Programa Saúde da Família (PSF) como para o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), e como dito anteriormente, a ESF foi designada a estratégia prioritária para a organização da AB no SUS (BRASIL, 2006). É importante ressaltar que desde a sua edição, a PNAB já passou por duas revisões, uma em 2011 e outra em 2017.

A PNAB, revista e publicada em 2011, atualizou os conceitos da política e ainda estabeleceu a AB como a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), reconhecendo também outros modelos de AB, considerando as diferenças locais e regionais no Brasil, incluindo as equipes de AB para o atendimento à população em situação de rua (consultórios na RUA), ampliando o número de municípios que poderiam ter os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e por fim, facilitou as condições para a criação de UBSs fluviais e ESF para as populações ribeirinhas (BRASIL, 2011).

Já no ano de 2017, a PNAB passou por uma nova revisão, sendo esta versão extremamente criticada por parte dos estudiosos deste modelo de atenção, no Brasil. Em seu texto, deixa claro que a gestão pode aderir à AB com configurações alternativas para atender às necessidades loco-regionais que, segundo alguns autores, leva à relativização da cobertura universal, à segmentação do acesso, à fragilização da coordenação nacional da política, ou seja, trata-se de um retrocesso das conquistas obtidas até aquele momento, assim como ao processo de desmonte do SUS (MOROSINI *et al.*, 2018).

Neste sentido, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2018) apontou três acontecimentos preocupantes em relação à AB, sendo:

1º Em relação às alterações da PNAB de 2017, onde a ESF deixa de ser prioridade,

corroborada pelo financiamento federal para as modalidades de AB convencional; a redução da carga horária de médicos e dentistas; a flexibilização da presença dos ACSs nas equipes de ESF, além das alterações das funções deste trabalhador, como a inclusão de práticas exclusivas da enfermagem e das ações dos agentes de combates às endemias. Os pesquisadores apontam que tais alterações podem transformar a AB em APS seletiva com a criação de uma carteira de serviços essenciais.

2º Os recursos da AB podem ser realocados para os serviços de média e alta complexidade em função do término dos blocos de financiamento aos Estados e municípios, especialmente diante da política de austeridade fiscal, expressa no congelamento dos gastos públicos para os próximos 20 anos.

3º A criação de planos populares de saúde que ofertam serviços de APS seletiva, com baixa qualidade e resolutividade, que podem abarcar uma gama da população com menores condições socioeconômicas, assim como de profissionais de saúde.

Essas alterações vão na contramão dos resultados obtidos com a expansão da AB no Brasil que tem sido exitosa, pois melhorou o estado de saúde da população, impactou na melhoria dos indicadores de saúde e, mesmo que de maneira indireta, impactou nos setores econômicos (MENDES, 2001).

Dessa maneira, alguns estudos apontaram que a expansão da AB no Brasil impactou na diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária (CASTRO *et al.*, 2020; MARQUES *et al.*, 2014), assim como na redução da TMI (MACINKO; MENDOÇA, 2018).

À vista disto, Mendes (2019, p. 35) diz que os objetivos dos sistemas de saúde são: “o alcance de um nível ótimo de saúde distribuído de forma equitativa, à garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, o acolhimento dos cidadãos, a efetividade e a eficiência”.

Enfim, Mendes (2019, p. 437) reitera ainda que “Só haverá uma APS de qualidade quando os atributos da APS estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade”. Esse é um enorme desafio para o sistema de saúde no Brasil, haja vista ser o único país no mundo com mais de 200 milhões de habitantes que possuem um sistema público de saúde universal. Para isso, é urgente a revisão da PNAB de 2017, a revogação da EC95 e o aumento do investimento público em saúde (REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2018).

2.2 ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Bárbara Starfield (2002) propõe uma metodologia para avaliação da APS que abrange características que ela considera exclusivas ou derivativas da APS. Ainda discorre que essas características possuem uma relação entre si, sendo os atributos exclusivos: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação (Quadro 1).

Esses atributos apresentam conceitos diferentes, mas são sobrepostos e se complementam na prática das equipes. Essa autora ainda descreve alguns atributos não exclusivos da AB, que são nominados por ela como derivativos, sendo: competência cultural, orientação familiar e centralização na família (STARFIELD, 2002). Entretanto, nesta tese optou-se por estudar apenas os atributos essenciais, cujas informações sobre os elementos para medi-los estão descritas abaixo no quadro 1.

Quadro 1 - Definição dos atributos exclusivos da Atenção Primária à Saúde e tipo de informação para sua medição

Aspecto/Atributo	Tipo de Informação Necessária	Fontes de Informação
Aspectos exclusivos		
Atenção de Primeiro Contato	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato	Projeto do Programa Pesquisa Formulários de queixa/auditoria/entrevista
Longitudinalidade	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para a atenção	Registro de idade e sexo Auditoria de registro/entrevista Queixa/auditoria/entrevista Entrevista/pesquisa
Integralidade	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população Porcentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento	Projeto do programa Formulários de queixas/auditoria do prontuário Projeto do programa (por exemplo, consultas domiciliares) / auditoria de registros/ entrevista Sistemas de informações clínicas
Coordenação da Atenção	Mecanismo para continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de consultas para encaminhamento/consultoria (ocorrência e resultados)	Projeto do programa (pessoal; registros) Auditoria do prontuário Projeto do programa/ auditoria do prontuário

Fonte: Starfield (2002, p. 483).

2.2.1 Primeiro Contato

O atributo de primeiro contato está relacionado ao acesso e ao uso dos serviços de saúde de AB pelos usuários. Assim, a cada novo problema de saúde, ou ainda, para o acompanhamento de problemas já existentes, os usuários percebem aquele serviço de saúde como sendo acessível e, portanto, o utilizam (STARFIELD, 2002).

Outro aspecto importante para o alcance deste atributo é que, a AB seja constituída como porta de entrada do sistema de saúde. Para tanto, são necessárias avaliações das barreiras de acesso que possam interferir na utilização por parte dos usuários, como a localização da unidade, o processo de organização, entre outros (GIOVANELLA;

MENDONÇA, 2012).

As barreiras ao acesso incluem:

[...] excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos, [...] burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018, p. 361).

Assim, uma pesquisa recente, utilizando os dados da avaliação externa do PMAQ, demonstrou que a maior parte das unidades pesquisadas possuía barreiras arquitetônicas (ausência de corrimão, rampa de acesso, banheiro adaptado, entre outros) e de comunicação (ausência de placas com símbolos internacionais, entre outros), podendo gerar dificuldades no acesso de pessoas idosas, de pessoas não alfabetizadas e/ou pessoas com deficiência à unidade de saúde, contribuindo, com isto, para o aumento das iniquidades em saúde das pessoas mais vulneráveis (SANTOS *et al.*, 2020).

Dessa forma, a melhoria do acesso é possível com o aumento do investimento na ESF, com a diminuição do número de usuários vinculados às unidades, com o investimento na formação de médicos para a saúde da família, assim como a interiorização deste profissional no país. Outro aspecto relevante seria a utilização de maneira mais efetiva da clínica de enfermagem, a utilização de outros meios de comunicação com os usuários, como aplicativos de mensagens e flexibilização do agendamento e funcionamento da unidade. Nesse sentido, acredita-se que o fortalecimento da AB por meio destas ações estimulará, ainda mais, a utilização deste serviço (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Portanto, o resultado esperado com o acesso e o uso dos serviços disponíveis na AB, ou seja, o efetivo alcance do atributo de primeiro contato está na diminuição da mortalidade e da morbidade, já que a atenção generalista é a mais apropriada para este modelo de atenção, e, conseqüentemente, esta assistência deve impactar na saúde da população com custo mais baixo para o sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

2.2.2 Atributo de Longitudinalidade

O atributo de longitudinalidade implica em uma fonte regular de atenção, ao longo da vida. Dessa forma, a unidade de AB deve ter por fundamento a capacidade de identificação da população adstrita, assim como, dos sujeitos que devem ser atendidos na unidade, independente da ausência ou presença de doenças. Aliás, o vínculo entre os usuários e os

profissionais da AB deve ser espelhado em uma relação interpessoal de auxílio e cooperação (STARFIELD, 2002).

Esse atributo está intimamente ligado ao atributo de primeiro contato, pois, para a continuidade da relação e o estabelecimento de vínculo entre os usuários e os profissionais/equipe/serviço, ao longo do tempo, portanto, a AB deve ser utilizada como fonte regular de assistência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

À vista disto, espera-se que as equipes conheçam os seus usuários, bem como o ambiente onde vivem, sua realidade econômica e social, estabelecendo uma relação humanizada com atenção integral e impactando na satisfação dos usuários (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002).

Em uma pesquisa nacional, comparando os resultados de 12.680 UBS, 15.668 equipes de ESF e a avaliação de 58.517 usuários, entre os dois primeiros ciclos do PMAQ, a respeito dos atributos essenciais, foi concluído que a longitudinalidade apresentou piora da avaliação no 2º ciclo, principalmente com baixa continuidade e qualidade na relação entre a equipe/usuário (LIMA *et al.*, 2018).

Em outra pesquisa, foi avaliada a percepção dos usuários sobre a longitudinalidade em uma determinada regional de saúde no Sul do Brasil, onde foi concluído que a longitudinalidade é insatisfatória, porém é mais bem avaliada nos municípios de pequeno porte (KESSLER *et al.*, 2019).

Esses estudos reforçam a importância da fixação dos profissionais da saúde na AB, em especial do médico generalista ou médico da saúde e comunidade, para que se possa ter o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os usuários em longo prazo, e que esta relação seja sustentada, para que a atenção aos usuários ocorra em todos os ciclos da vida (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Portanto, para o alcance do atributo da longitudinalidade é preciso reforçar a relação mútua entre usuários e equipe de saúde. Essa relação pode ser verificada quando os membros da população conhecem aquela unidade em que estão inscritos, bem como têm ciência de que as unidades os conhecem também, e que as informações sobre a assistência recebida estão registradas por meio do cadastro e dos prontuários (STARFIELD, 2002).

2.2.3 Atributo de Integralidade

O atributo de integralidade requer que as unidades de AB priorizem que os usuários recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de cada

um, mesmo que tais ações estejam fora do escopo da AB, através de encaminhamento para os serviços de atenção especializada (STARFIELD, 2002).

Assim, os profissionais da saúde, dentro do limite de sua atuação, devem reconhecer no usuário o amplo espectro de suas necessidades, sejam biológicas, funcionais, sejam psíquicas e sociais da saúde, atuando de maneira preventiva e curativa, em qualquer fase do ciclo da vida (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). É necessário salientar a importância do contexto social, haja vista que todas as enfermidades ocorrem neste ambiente e, também, é ele quem predetermina ou causa doenças (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, é importante que a equipe deseje transpor a oferta de serviços baseados na demanda espontânea, isto é, para o alcance da integralidade, a equipe deve estar preparada e comprometida para enxergar as necessidades dos usuários, implicando em novas maneiras de atenção, para propiciar respostas mais efetivas às diferentes necessidades da população (CECÍLIO, 2001).

Nessa perspectiva, uma maneira eficiente para o alcance da integralidade está no apoio matricial, pois este incide sobre a qualidade do cuidado em saúde e melhora o desempenho da AB, além de consolidar o atendimento em RAS (CHAVES *et al.*, 2018).

Estudo que avaliou a integralidade, a partir dos dados do PMAQ, demonstrou que das 10 variáveis estudadas, seis obtiveram melhoria no 2º ciclo de avaliação, em relação ao anterior, como: o aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem; os usuários hipertensos e diabéticos fizeram a maior parte das consultas na própria UBS; a equipe faz o procedimento de sutura na própria unidade; e houve aumento do apoio do NASF e do CAPS (LIMA *et al.*, 2018). Os autores ainda apontaram que, embora se tenha esta melhora, as ações ainda são insuficientes para o alcance do atributo.

Enfim, para que haja um alcance do atributo da integralidade, é necessário olhar para o usuário e entendê-lo como sendo o centro de toda a atividade desenvolvida na área da saúde. Dessa maneira, deve-se romper com o modelo médico-hegemônico de cuidado, onde o procedimento, a cura, o risco ou até mesmo o profissional, são considerados o centro da atenção à saúde, e transferir esta “centralidade” ao usuário (LAZARINI *et al.*, 2017).

2.2.4 Atributo de Coordenação

O atributo de coordenação está relacionado com continuidade do atendimento dentro da RAS. Para isto, são necessárias tecnologias de gestão clínica, comunicação efetiva entre os profissionais da rede de atenção, registros adequados das informações dos usuários, assim

como a disponibilização e utilização destes registros pelos profissionais, nos diferentes serviços na RAS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, fica claro que, para que a coordenação seja alcançada, é necessário que haja compartilhamento de informações sobre a situação de saúde do usuário, o tipo de tratamento recebido, com vistas à continuidade do cuidado, principalmente em razão do envelhecimento populacional e do aumento na prevalência de doenças crônicas, cujos tratamentos podem ser utilizados simultaneamente, em diversos serviços de saúde e de diferentes complexidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Contudo, devido à insuficiência na comunicação entre os diferentes níveis de atendimento à saúde, a assistência ao usuário torna-se fragmentada, dificultando a resolutividade das necessidades de saúde, assim são urgentes as iniciativas que aproximem a AB dos demais níveis de atenção, com vistas à melhoria do conhecimento mútuo e ao manejo adequado dos casos (JESUS *et al.*, 2018).

Em pesquisa recente, que avaliou os atributos essenciais por meio do PMAQ, o atributo coordenação foi o que obteve a pior avaliação dentre os demais, devido às dificuldades de acesso dos usuários aos agendamentos de consultas especializadas e insuficientes registros (LIMA *et al.*, 2018). Outro estudo, além da dificuldade no agendamento das consultas especializadas, demonstrou falta de efetividade na realização de referência e contrarreferência, assim também, dificuldade de acesso aos exames, principalmente os de imagem (JESUS *et al.*, 2018).

Assim, dentre todos os atributos essenciais, a coordenação é a que apresenta o maior desafio para sua efetividade, já que para isso há necessidade de organização dos serviços de saúde, comunicação efetiva e a implementação de tecnologias e sistemas de informação que facilitem o processo de referência e contrarreferência (SILVA *et al.*, 2015).

2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O Brasil tem o 5º maior território do mundo, e isso reflete em importantes diferenças regionais, bem como, em complexos problemas e diferenças sociais definidos pelos determinantes sociais. Desse modo, as políticas públicas devem atender a estas demandas, com equidade e justiça social, sendo necessário, para isto, mecanismos de acompanhamento e avaliação, tanto dos recursos destinados quanto do cumprimento de seus objetivos, e assim, melhorar as condições de vida da população (GIL *et al.*, 2017b).

Nesse sentido, principalmente nas últimas três décadas, no Brasil, foram criadas diversas iniciativas para avaliação dos serviços de saúde, assim como das próprias políticas públicas de saúde, com a utilização racional de um elenco de indicadores e a elaboração de sistemas de informação, com vistas a demonstrar racionalidade nas intervenções em saúde (PAIM, 2005).

Existem vários conceitos sobre a avaliação descritos na literatura, entretanto, uma das definições mais simples e abrangentes descritas pode-se citar: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 31).

Para Silva (2005, p. 30),

em síntese, a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito. Com essa finalidade pode e deve mobilizar as estratégias e técnicas necessárias da epidemiologia e das ciências humanas, sem preconceitos e sem interdições.

E, para o Ministério da Saúde:

Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial, da avaliação da atenção básica, o objeto da avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático (BRASIL, 2005a, p. 19).

Ambas as conceituações defendem a avaliação em saúde como uma importante ferramenta para orientação, monitoramento e acompanhamento das políticas públicas. Sendo assim, ao eleger a AB como porta preferencial de entrada no SUS, é necessário que se criem mecanismos de acompanhamento da efetividade deste modelo de atenção (LIMA *et al.*, 2018).

Diante disso, o Ministério da Saúde realizou diferentes iniciativas para institucionalizar a cultura de avaliação da AB, em especial após o ano de 2000. No ano de 2005, o MS instituiu a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, sendo uma das principais iniciativas, a chamada pública realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), para o incentivo de pesquisas avaliativas financiadas pelo Banco

Mundial, denominada “Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)”. Cabe ressaltar que este programa era destinado aos grandes centros, e a avaliação era uma parte integrante do PROESF (BRASIL, 2004a).

Outras metodologias de avaliação da AB que merecem destaque foram: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMAQ), de 2005, que após algumas reformulações compôs o PMAQ e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool – PCATool), adaptado no Brasil em 2002 e, posteriormente, validado (BRASIL, 2010).

A partir de 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), que tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, por meio de processo contínuo e sistemático. Trata-se de uma política indutora, criada pela Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011, tendo como base para o repasse financeiro a classificação de desempenho de cada equipe, denominado “Componente Qualidade” do Piso de Atenção Básica Variável (BRASIL, 2011).

As diretrizes do programa são: criar parâmetros de comparação, considerando as diferentes realidades em saúde no país; envolver a gestão e a equipe de saúde para melhoria dos indicadores de qualidade; transparência e acesso em todas as etapas do programa; instituição da cultura de avaliação para toda a sociedade; estimular a cultura de negociação e responsabilização de todos os atores envolvidos; mudança do enfoque deste modelo de atenção às necessidades e satisfação dos usuários; e o caráter voluntário da adesão (BRASIL, 2011).

O programa concluiu o 3º ciclo de avaliação, composto por três fases e um eixo transversal, conforme segue (BRASIL, 2011; 2017a) (Figura 1).

Figura 1 - Ilustração das fases do 3º ciclo do PMAQ



Fonte: Brasil (2017a).

Fase 1- adesão e contratualização são consideradas a etapa formal de adesão ao programa, em período preestabelecido, onde se estabelecem compromissos e indicadores, realizados através de pactuação voluntária entre a equipe de saúde e o MS. Assim, é assinado termo de compromisso, pelo gestor municipal e pela representante da equipe de AB, que deverá ser apresentado no momento da avaliação externa.

Fase 2- É denominada Certificação, onde são considerados os esforços realizados pelas equipes de AB e do gestor municipal. Assim, as equipes serão certificadas de acordo com o seu desempenho, considerando a avaliação externa, realização do momento autoavaliativo e o desempenho dos indicadores contratualizados. Portanto, as unidades de saúde são classificadas como: ótima, muito boa, boa, regular e ruim, também pode ser classificada como insatisfatória ou, ainda, desclassificada. De acordo com a classificação, cada equipe receberá uma parte do orçamento previsto para o programa, assim, quanto melhor a classificação recebida pela equipe, maior será o recurso destinado à unidade.

A avaliação externa de desempenho das equipes foi realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa. O instrumento de avaliação externa foi dividido em seis módulos, utilizando os seguintes instrumentos (BRASIL, 2017b):

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.

- **Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- **Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil)**, visa a verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e à utilização.
- **Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários.
- **Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal** com objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais e insumos de atenção odontológica.
- **Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Convém mencionar que o Módulo III, Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde, não foi utilizado para a certificação das equipes, mas as informações levantadas serviriam para o aprimoramento da PNAB (BRASIL, 2017b). Diante disso, com intuito, de aprofundar os estudos sobre o acesso e a qualidade da AB, com vistas à universalidade e à integralidade das ações, explorar os resultados da avaliação externa do PMAQ e valorizar a participação dos usuários nesse programa, de modo a compor um panorama sobre os padrões na AB, além de fomentar pesquisas que produzam indicadores comparativos sobre o impacto da AB na percepção dos usuários, este instrumento foi escolhido para ser avaliado nesta pesquisa.

Fase 3- Reconstrualização é o momento de novas pactuações, com incremento de novos padrões de qualidade e de indicadores, considerando os resultados da fase 2.

Eixo estratégico transversal de Desenvolvimento – que deve ser compreendido como transversal a todas as fases, consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde, com vistas às melhorias do acesso e da qualidade da AB. Este eixo será desenvolvido em cinco dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Institucional.

Desde a implantação do PMAQ, diversos estudos foram realizados, apontando aspectos negativos e positivos do alcance dos objetivos deste programa. O PMAQ sofreu críticas em relação ao grande número de variáveis envolvidas no processo avaliativo, além do uso de instrumentos que não são científicos e por isso de difícil comparação internacional (CRUZ *et al.*, 2019; SELLERA *et al.*, 2020).

Em relação aos aspectos positivos, pode-se destacar: foi um dos principais programas de avaliação da AB de caráter nacional que permitiu uma visão ampla da AB no contexto brasileiro, tanto no que se refere ao número de equipes avaliadas, quanto às unidades de saúde visitadas e aos usuários entrevistados; o fortalecimento da cultura de avaliação; um importante recurso financeiro destinado à AB proporcional ao desempenho das equipes, a partir do Piso da Atenção Básica variável; bem como, gerou uma gama importante de informações para o SUS, e o acesso público a esses dados permite outras investigações, assim como melhorou os registros das atividades realizadas pela AB e a organização dos documentos, sobretudo a partir da avaliação externa (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018; BEZERRA; MEDEIROS, 2018; SELLERA *et al.*, 2020).

Foram previstos cinco ciclos de avaliação do PMAQ, contudo, foram realizados apenas três ciclos, o primeiro teve início em 2011, o segundo em 2013 e o terceiro em 2017, e mesmo diante de todos os aspectos positivos apontados nos diversos estudos descritos acima, o programa foi extinto em dezembro de 2019.

Essa decisão está de acordo com a política de austeridade fiscal, imposta pelo contexto político neoliberal. Assim também, foi realizada a alteração do financiamento da AB que acaba com o repasse pelo Piso da Atenção Básica (PAB-Fixo), passando a prevalecer o Programa Previner Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Com isto, foi eliminada a avaliação da estrutura e do processo, como realizado pelo PMAQ, considerando apenas a capitação ponderada e o pagamento por desempenho, desconsiderando as necessidades de saúde da população, o perfil epidemiológico, capacidade de oferta de ações e serviços públicos em saúde, em contraposição com o estabelecido no art. 35 da Lei 8080/90.

Nesse sentido, foi com indignação que a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (2019), em conjunto com outros signatários, publicou uma nota intitulada “Em defesa da Atenção Primária e do direito Universal à saúde: pela revogação da Portaria nº2979/19 do Ministério da Saúde”, que diz:

No que tange a descaracterização da Estratégia de Saúde da Família – ESF, eixo norteador da atenção primária no Brasil, nos causa estranheza propor

uma nova forma de repasse, que acaba com Piso da Atenção Básica – PAB fixo, sem estudos robustos que evidenciem, objetivamente, seus impactos sobre a condição de saúde da população, a desigualdade de acesso nas regiões metropolitanas e a sustentabilidade econômica dos municípios.

Ainda nesta nota, a ABRASCO alerta que essa grave restrição orçamentária, alinhada com a política de austeridade fiscal, vem reduzindo o repasse do governo federal em termos reais *per capita*, o que certamente impactará negativamente nas condições epidemiológicas e na oferta de assistência à saúde, principalmente aos mais vulneráveis.

2.3.1 Indicadores de Saúde - Mortalidade Infantil

Os indicadores de saúde são ferramentas importantes para o acompanhamento da saúde da população, pois informam o impacto das políticas de saúde, sendo possível verificar se o que é observado em uma determinada localidade, também ocorre em outros locais, ou tempo (ANDRADE *et al.*, 2017; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008, p. 13).

Em particular, o indicador de saúde de MI está condicionado ao desenvolvimento socioeconômico, ao acesso da população materna e infantil aos serviços de saúde, assim como a qualidade dos recursos disponíveis em saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Diante da importância deste indicador, a realização de pré-natal é considerada pelo PMAQ como atividade essencial às condições mínimas de acesso e qualidade que as equipes de AB devem ofertar aos seus usuários, caso a equipe não ofereça este tipo de atendimento, ela é automaticamente certificada como ruim (BRASIL, 2017a).

Outro aspecto relevante é que, um dos indicadores que é avaliado no PMAQ é o número de atendimentos aos recém-nascidos, na primeira semana de vida, com o intuito de contribuir para a diminuição da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2017a).

Contudo, o fato de estas atividades serem realizadas não significa que tenham

qualidade. Em uma pesquisa recente que avaliou a qualidade do pré-natal, utilizando dados do 2º ciclo do PMAQ, identificou-se que as ações clínicas se mostraram inadequadas para a qualidade do cuidado à gestação, assim também as dificuldades das equipes em garantir o acesso e a qualidade do cuidado. Estes achados são importantes para orientar as equipes de AB, já que a assistência durante o pré-natal está diretamente relacionada às TMI (GUIMARAES *et al.*, 2018).

Assim também artigo que analisou o grau de implementação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme preconizado pela Rede Cegonha no Brasil evidenciou que as regiões Sul e Sudeste apresentavam melhor conformidade do que as demais regiões (BITTENCOURT *et al.* 2021).

Em suma, espera-se que a discussão entre a TMI e o alcance dos atributos essenciais, como reflexo da qualidade da AB no Brasil, analisados pelos portes populacionais dos municípios e Estados, possam contribuir para o fortalecimento e aprimoramento das ações em saúde nestas localidades.

3 OBJETIVOS

Os objetivos gerais e específicos são apresentados nas seções que seguem.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre a efetivação da atenção primária à saúde, na perspectiva do usuário, e a classificação de desempenho das equipes de saúde no PMAQ com a taxa de mortalidade infantil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se há relação entre a TMI e o percentual de unidades de saúde que obtiveram boa classificação de desempenho na avaliação do PMAQ nos Estados brasileiros, e a similaridade entre os Estados, em relação a essas variáveis.
- Analisar as diferenças entre as médias dos atributos essenciais da AB na avaliação dos usuários, de acordo com o porte populacional dos municípios.
- Verificar se há relação entre as médias dos atributos essenciais da AB pela avaliação dos usuários e a TMI.

4 MÉTODO

Nesta seção será detalhada toda a ação desenvolvida no estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, transversal e de abordagem quantitativa. Segundo Contradiopoulos *et al.* (1997, p. 37)

[...] podemos definir a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

4.2 POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos usuários que participaram da avaliação do 3º ciclo do PMAQ, que ocorreu em todas as regiões brasileiras e que estão disponíveis no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Foi estabelecida na metodologia do Programa a realização de quatro entrevistas com usuários, em cada unidade de saúde, que estavam presentes no momento da avaliação externa e que não haviam passado por consulta médica ou de enfermagem neste dia. Também, se optou pela exclusão de usuários que estavam na unidade pela primeira vez ou aqueles que não frequentavam a unidade por um período superior a 12 meses (BRASIL, 2017b).

Aderiram ao PMAQ 5.324 municípios brasileiros, entretanto, 5.293 municípios participaram do Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário. No presente estudo, foram excluídas as respostas de 62 usuários de dez municípios devido às inconsistências no banco de dados, sendo oito municípios desconsiderados por não terem aderido ao PMAQ, e dois municípios foram excluídos por existir diferença entre os nomes dos municípios no questionário do módulo III e no IBGE, sendo assim, foram considerados para a pesquisa 5.283 municípios.

Também foram consideradas as entrevistas de 140.382 usuários, sendo 41.535 usuários residentes nos municípios de pequeno porte I, 31.121 usuários residentes nos municípios de pequeno porte II, 17.283 usuários residentes nos municípios de médio porte,

33.979 usuários residentes nos municípios de grande porte e 16.464 usuários residentes nas metrópoles.

A classificação do porte populacional dos municípios foi determinada como: pequeno porte I até 20.000 habitantes; pequeno porte II de 20.001 a 50.000 habitantes; médio porte de 50.001 a 100.000 habitantes; grande porte de 100.001 a 900.000 habitantes; e metrópoles com população maior de 900.001 habitantes (BRASIL, 2005c).

Em relação à população de estudo dos dados de certificação das unidades, foram analisados os dados da classificação de desempenho de todas as unidades de saúde que participaram do programa. Assim, dos 5.570 municípios brasileiros, 5.324 (95,58%) aderiram ao PMAQ, totalizando 42.975 unidades participantes do programa.

Para a análise da TMI, a população do estudo foram os óbitos de menores de um ano e o total de nascidos vivos dos anos de 2015 a 2017. Foi seguida a recomendação da OMS em realizar o cálculo por período maior que um ano, para evitar flutuações aleatórias, principalmente em municípios pequenos, assim o período escolhido eram os mais recentes, disponibilizados no DATASUS, no momento da coleta de dados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994 *apud* ANDRADE, 2017, p. 377).

4.3 FONTE DE DADOS

Foram coletados os dados relacionados ao 3º ciclo do PMAQ coletados do Módulo III – Entrevista com o Usuário na Unidade de Saúde, disponibilizado no endereço eletrônico <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

Os resultados da classificação de desempenho das equipes de saúde foram divulgados no site supracitado, sendo utilizada, para esta pesquisa, a segunda lista de certificação publicada pela Portaria nº 874/2019 (BRASIL, 2019a).

Para a análise da TMI dos municípios brasileiros, foram coletados os dados referentes aos óbitos de menores de um ano, registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), assim como os dados sobre o total de nascidos vivos, disponíveis no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), do período de 2015 a 2017, ambos os sistemas estão disponíveis no site do DATASUS, no seguinte endereço eletrônico: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

Para a classificação do porte populacional dos municípios, foram coletados dados sobre as estimativas populacionais no site do DATASUS, para o ano de 2018, no seguinte endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>.

4.3.1 Elaboração do banco de dados

Para a elaboração do banco de dados referentes aos atributos da APS, foi realizada a correspondência entre as questões contidas no questionário pertencente ao Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário, com os atributos essenciais descritos pela pesquisadora Bárbara Starfield (2002). (Quadro 2).

O Módulo III é composto por 165 perguntas, e tal correspondência foi realizada de acordo com a concepção de cada atributo. Para tanto, os atributos foram subdivididos em elementos, assim, as perguntas correspondentes foram incluídas na pesquisa, conforme segue:

Quadro 2 - Variáveis selecionadas após a correspondência com os atributos essenciais, de acordo com as definições de Bárbara Starfield (2002)

(continua)

Atributos Essenciais	Elementos	Variáveis
Primeiro Contato	Acesso e Funcionamento da Unidade	4.5 O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?
		4.6.8 Não tenho sugestões, pois estou satisfeito com o horário de funcionamento dessa UBS.
	Atendimento à demanda espontânea	5.1.1 Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?
		5.2.2 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Consultas não agendadas?
		5.2.4 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: buscar medicamento?
		5.2.5 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: para vacinação?
		5.2.6 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: atendimento odontológico?
		6.9 Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?
		7.9 Quando o(a) senhor(a) precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, o(a) senhor(a) tem acesso em qualquer horário do funcionamento da UBS?
		8.20 O(a) senhor(a) considera a forma como é acolhido(a) ou recebido(a) ao procurar o serviço?

Quadro 2 - Variáveis selecionadas após a correspondência com os atributos essenciais, de acordo com as definições de Bárbara Starfield (2002)

(continua)

Atributos Essenciais	Elementos	Variáveis
Primeiro Contato	Agendamento de Consulta	6.2 A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?
		6.4 Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?
		6.10.4 Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que as consultas fossem: estou satisfeito com a maneira realizada.
	Atendimento à demanda urgente	5.2.3 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: atendimento de urgência?
7.1 Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?	Longitudinalidade	8.3. Além da sua queixa, os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (por exemplo: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?
8.6 Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou tirar dúvidas com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?		
8.7 Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou buscar ou mostrar resultados de exames com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?		
8.8 Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		
8.12. Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) médico(a)?		
8.13. Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) enfermeiro(a)?		
8.2.3 Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe demonstram atenção enquanto o(a) senhor(a) fala?		
8.9.1 Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		
8.15 Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?		

Quadro 2 - Variáveis selecionadas após a correspondência com os atributos essenciais, de acordo com as definições de Bárbara Starfield (2002)

(continua)

Atributos Essenciais	Elementos	Variáveis	
Integralidade	Serviços realizados pela AB	8.4.1 O(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?	
		8.5.1 Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes?	
		8.18 O(A) senhor(a) participa de atividades de promoção da saúde ofertadas pela equipe desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, como, por exemplo, atividades físicas, atividades em grupos, atividades na comunidade, eventos.	
		12.4 A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta unidade de saúde?	
		13.4 Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?	
		15.10 Em que local foi feita a maioria das vacinas da criança?	
		16.3 O (a) senhor(a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses?	
		16.6. O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? 1. Creatinina/ 2.Perfil lipídico/3. Eletrocardiograma	
		17.3 O(a) senhor(a) fez a maioria das consultas por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	
		17.4 O(a) senhor(a) fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?	
		17.5 Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?	
		Resolutividade	8.2.2 Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe são claros em suas orientações e explicações?
			8.16 As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade sempre atendem às suas necessidades?
			20.5 Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?

Quadro 2 - Variáveis selecionadas após a correspondência com os atributos essenciais, de acordo com as definições de Bárbara Starfield (2002)

(conclusão)

Atributos Essenciais	Elementos	Variáveis
Coordenação	Fluxos Assistenciais	13.10 Na consulta de pré-natal, a senhora sempre saía com a próxima consulta marcada?
		16.5 O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada. (pergunta para o hipertenso)
		17.7 O(a) senhor(a), já sai da consulta com a próxima consulta marcada. (pergunta para o diabético)
	Encaminhamento para atenção especializada	9.2. Quando o(a) senhor(a) precisou ser encaminhado(a) para outros serviços, como a consulta foi marcada?
	Comunicação entre AB e AE	9.3 Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?

Após as escolhas das perguntas, as respostas foram categorizadas, e para a realização das médias, a resposta de escolha para a análise foi a resposta “sim” para variáveis dicotômicas, como na pergunta 5.2.2 (Quadro 3), já para as respostas do tipo *Likert*, foi escolhida a melhor resposta dentre as possíveis, como na pergunta 8.20 “muito bom”, conforme (Quadro 4).

Quadro 3 - Descreve como foi elaborado o banco de dados utilizando variáveis dicotômicas

III.5.2. Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde:	2. Consultas não agendadas (ex. solicitação de atestado, exames e encaminhamentos, renovação de receita).	1	SIM
		2	Não

Pergunta com resposta dicotômica retirada do Módulo III – Entrevista com o usuário na unidade PMAQ-AB.

Quadro 4 - Exemplifica como foi elaborado o banco de dados utilizando variáveis em escala *Likert*

III. 8.20 O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?	1	Muito Bom
	2	Bom
	3	Regular
	4	Ruim
	5	Muito Ruim

Pergunta com resposta Likert retirada do Módulo III – Entrevista com o usuário na unidade PMAQ-AB.

Para a elaboração do banco de dados referentes à certificação, os dados relacionados à classificação de desempenho das unidades participantes do PMAQ foram organizados em planilha do software Excel®, sendo as unidades agrupadas de acordo com o Estado a que pertencem e o Distrito Federal. Os resultados da classificação de desempenho foram codificados como: 0= desclassificada, 1 = insatisfatória, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = boa, 5 = muito boa e 6 = ótima. Após esta etapa, as unidades classificadas como boas, muito boas e ótimas foram agrupadas em uma única variável renomeada como “boa classificação de desempenho”.

Para o banco de dados referentes à TMI, foram organizados a partir dos registros dos óbitos de residentes menores de um ano e os dados sobre o total de nascidos vivos de mães residentes de cada município brasileiro, entre os anos de 2015 e 2017, posteriormente os dados foram organizados de acordo com o Estado da Federação e o porte populacional do município, em planilha do software Excel®.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram classificadas conforme a análise realizada:

Análise de Variância:

- Variáveis Dependentes: efetivações dos atributos, segundo a percepção do usuário e a TMI
- Variável Independente: porte populacional.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA¹

A análise estatística aplicada a cada um dos artigos é descrita nas subseções que seguem.

4.5.1 Artigo 1

Os dados foram organizados em planilhas do software Excel[®] e, posteriormente, foram exportados para o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences*(SPSS) versão 20.0, para análise.

Para a análise de certificação, foram realizadas análises descritivas e de frequência, para isto, as avaliações da classificação de desempenho foram codificadas conforme segue: 0= desclassificada, 1 = insatisfatória, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = boa, 5 = muito boa e 6 = ótima. Em seguida, as unidades classificadas como boas, muito boas e ótimas foram agrupadas em uma única variável renomeada como “boa classificação de desempenho”.

Para a análise da TMI, foi realizado o cálculo onde: o número de óbitos em menores de um ano, por local de residência, estava no numerador, e o número de total de nascidos vivos, por local de residência materna, estavam no denominador, o resultado foi multiplicado por mil. Foram realizadas as TMIs dos Estados brasileiros, dos anos de 2015 a 2017.

Para verificar a associação entre as médias da TMI e as porcentagens de unidades com boa classificação de desempenho de saúde, foi realizado o teste de coeficiente de correlação de *Pearson*, para as decisões estatísticas, foi adotado nível de significância de 5%, sendo a TMI a variável dependente e a variável boa classificação de desempenho a independente. Para a interpretação da magnitude da correlação, adotou-se a classificação proposta por *Bisquerra et al.* (2004): < 0,20 = muito baixa, 0,20 a 0,40 = baixa, 0,40 a 0,60= moderada, 0,60 a 0,80 alta e 0,80 muito alta, sendo a correlação de valor 1,00 considerada perfeita.

Em relação à análise de cluster, aplicou-se o método de análise multivariada e de agrupamento hierárquico (*joining*), adotando os seguintes procedimentos descritos por *Lima et al.* (2018):

1. Padronização dos dados: a padronização foi adotada para que as variáveis contribuam com o mesmo peso no cálculo do coeficiente de dissimilaridade entre eles, utilizando a seguinte equação:

¹Análise estatística está descrita de forma idêntica aos artigos da tese.

$$Z = \frac{X - \mu}{s} \quad \text{Eq. 1}$$

Em que:

z = variável padronizada;

X = valor da variável;

μ = valor médio de cada variável; e

s = desvio-padrão de cada variável

2. Escolha do coeficiente de semelhança: adotou-se a medida de dissimilaridade, utilizando a distância euclidiana (dAB), pois quanto menor o valor, mais próximos estão os resultados das variáveis entre os diferentes tratamentos. A distância euclidiana (dAB) foi determinada pela equação 2 entre os acessos para o conjunto das variáveis estudadas:

$$d_{AB} = \sqrt{(X_{1A} - X_{1B})^2 + (X_{2A} - X_{2B})^2 + \dots + (X_{mA} - X_{mB})^2} \quad \text{Eq. 2}$$

Em que:

X_{1A} = valor da variável 1A

X_{1B} = valor da variável 1B

4.5.2 Artigo 2

Após a correspondência das questões com a definição dos atributos essenciais, foi realizado o cálculo das médias dos atributos, onde foram apreciadas as respostas dos usuários de cada município brasileiro, sendo consideradas as respostas “sim”, quando eram dicotômicas e a melhor resposta quando eram em escala likert, como “Muito bom”. A partir disto, foi realizada a média dos atributos para cada município, de acordo com o porte populacional.

Os municípios foram agrupados segundo o porte populacional, até 20.000 (pequeno porte I) de 20.001 a 50.000 (pequeno porte II); de 50.001 a 100.000 (médio porte); de 100.001 a 900.000 (grande porte); e > 900.001 (metrópoles) (BRASIL, 2005b).

Para verificar a diferença entre as médias dos atributos essenciais, segundo o porte populacional, foi realizado o teste de ANOVA de uma via e para verificar quais grupos diferiram entre si, foi utilizado o teste de *post-hoc* de Tukey.

Para a análise da TMI, foi realizado o cálculo descrito anteriormente, após isto, foi realizado o teste de correlação de Pearson para verificar a relação entre a TMI e as médias dos atributos, segundo a percepção dos usuários para o município em que residem, sendo adotado nível de significância de 5%. Em relação à dimensão da correlação, adotou-se a seguinte classificação: $< 0,20$ = muito baixa, $0,20$ a $0,40$ = baixa, $0,40$ a $0,60$ = moderada, $0,60$ a $0,80$ = alta e $> 0,80$ = muito alta (BISQUERRA *et al.*, 2004).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Norte do Paraná, nº 3.284.083 CAAE: 12099019.7.0000.8123 (ANEXO A).

4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em relação aos dados provenientes do DATASUS:

- A utilização de banco de dados secundários está sujeita a erros de registro e processamentos das informações, o que pode significar inconsistências entre os dados descritos nestes sistemas e a realidade.

Em relação aos dados oriundos do PMAQ, têm-se as seguintes limitações:

- A amostra composta por quatro usuários por equipe avaliada e a sua forma de seleção (usuários deveriam estar nas UBSs no momento da avaliação externa e que utilizassem os serviços ofertados por ela), sugerem possíveis vieses de seleção;
- O limite explicativo, a partir de dados exclusivamente quantitativos, em função da complexidade dos modelos assistenciais no Brasil;
- Os indicadores de monitoramento selecionados pelo Programa podem não considerar as necessidades locais de saúde da população e não reconhecer as competências técnicas dos profissionais.

Entretanto, vale ressaltar que os estudos realizados a partir de bancos de dados secundários, contribuem para o aperfeiçoamento destes sistemas, assim como as informações geradas fornecem subsídios para as ações em saúde. Destaca-se, também, que a avaliação dos resultados, a partir dos dados do PMAQ, permite apresentar um panorama sobre a AB no Brasil.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta tese serão apresentados em dois artigos científicos, ambos elaborados segundo as recomendações da Iniciativa STROBE – *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (MALTA *et al.*, 2010).

O primeiro artigo que contempla o primeiro objetivo específico da tese, intitulado “Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil” foi aceito e está no prelo, na Revista Ciência & Saúde Coletiva. Aproveito a oportunidade para agradecer à revista pela autorização de republicação (ANEXO B). Já o segundo artigo contempla o segundo e o terceiro objetivos específicos da tese, intitulado “O efeito do porte populacional dos municípios brasileiros no alcance dos atributos essenciais na atenção básica”.

Contudo, serão apresentadas algumas características descritivas que não foram contempladas nos artigos. É interessante observar que os municípios maiores apresentaram maior participação de pessoas idosas, assim como de pessoas que relataram não ter companheiro. Outro aspecto importante é que, quanto maior o porte populacional, maior é a porcentagem de usuários com maior escolaridade (Tabela1).

Tabela 1- Perfil dos usuários participantes do 3º ciclo do PMAQ, segundo o porte populacional dos municípios - Brasil (2015-2017)

	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte		Metrópoles	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Masculino	9.217	22,2	6.511	20,9	3.610	20,9	7.331	21,6	3.620	22,0
Feminino	32.317	77,8	24.610	79,1	13.673	79,1	26.648	78,4	12.844	78,0
Idade										
Adulto	33.326	80,2	25.196	81,0	13.677	79,1	25.235	74,3	11.770	71,5
Idoso	8.208	19,8	5925	19,0	3.606	20,9	8.744	25,7	4.694	28,5
Estado Civil										
Sem companheiro	13.686	33,0	10.892	35,0	6.295	36,4	13.720	40,4	7.907	48,0
Com companheiro	27.848	67,0	20.229	65,0	10.988	63,6	20.259	59,6	8.557	52,0
Raça										
Branca	13.742	33,1	8.922	28,7	5.229	30,3	11.438	33,7	5.027	30,5
Preta	4.832	11,6	3.780	12,1	2.099	12,1	4.894	14,4	2.939	17,9
Amarela	1.286	3,1	882	2,8	508	2,9	1.113	3,3	449	2,7
Parda/Mestiça	20.688	49,8	16.798	54,0	9.076	52,5	15.931	46,9	7.731	47,0
Indígena	332	0,8	316	1,0	156	0,9	298	0,9	130	0,8
Ignorada	654	1,6	423	1,4	215	1,2	305	0,9	188	1,1
Escolaridade										
Fundamental incompleto	19.574	47,1	14.258	45,8	7.556	43,7	14.086	41,5	5.602	34,0
Fundamental completo	21.960	52,9	16.863	54,2	9.727	56,3	19.893	58,5	10.862	66,0
Total de usuários	41.534		31.121		17.283		33.979		16.464	

Fonte: Dados da própria pesquisa (2019).

Outro dado descritivo importante são as porcentagens de municípios que não obtiveram nenhuma equipe certificada como boa, muito boa ou ótima, de acordo com o porte populacional (Tabela 2).

Tabela 2 - Características de adesão e classificação dos municípios no PMAQ, segundo o porte populacional

Porte Populacional	Total de municípios no Brasil	Total de municípios que não aderiram ao PMAQ	Número de municípios que não obtiveram unidades classificadas acima de boa	Porcentagem de municípios que não obtiveram unidades classificadas acima de boa
Pequeno I	3.808	182	1.218	33,6
Pequeno II	1.096	55	210	20,2
Médio	349	14	62	18,5
Grande	299	13	30	10,5
Metrópoles	18	-	-	-

Fonte: Dados da própria pesquisa (2019).

Os artigos estão apresentados nas subseções que seguem.

5.1 ARTIGO 1²**Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil**

The relationship between primary health care performance assessment and infant mortality in Brazil

Atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil

Primary health care performance and infant mortality in Brazil

Resumo

O artigo verifica se há relação entre a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e o percentual de unidades de saúde que obtiveram boa classificação de desempenho na avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ) nos estados brasileiros, e a similaridade entre estes estados em relação a essas variáveis. Utilizando-se de um estudo descritivo, foram analisados os resultados da avaliação de desempenho das unidades participantes do 3º ciclo do PMAQ (2015-2017) e a relação com a TMI (2015-2017). Foram realizadas análises descritivas, de correlação de *Pearson* e análise de *cluster*. Os resultados demonstraram que há correlação negativa e moderada (-0,534) entre a TMI e as unidades com boa classificação de desempenho e estatisticamente significativa ($p= 0,005$). Com a análise de cluster, foi possível verificar que estados de diferentes regiões apresentam similaridade nas variáveis do estudo. Enfim, existe relação entre a TMI às unidades com boa classificação de desempenho, além disso, verificou-se que a similaridade entre os estados vai além da região a que pertencem. Portanto, fica evidente a importância do investimento na qualificação da AB para o impacto efetivo na saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação do Impacto na Saúde; Mortalidade Infantil.

²No prelo na Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Abstract

The article analyzes whether is relationship between Infant Mortality Rate (IMR) and the percentage of health units that obtained good performance ratings in the assessment by the national program to improve access and quality of primary care in Brazilian states, and the similarity between these states. Using a descriptive study, the results of the performance assessment of the participating units of the third cycle of the PMAQ (2015-2017) and the relationship with the infant mortality rate (2015-2017). The results demonstrated a negative and moderate correlation (-0.534) between infant mortality rate and the units with good performance rating and statistically significant ($p = 0.005$). Cluster analysis, it was possible to confirm that Brazilian states from different regions show similarities in the study variables. Therefore, there is a relationship between infant mortality rate and units with a good rating performance. The results also showed that the similarities between the states go beyond the region in which they are located. Therefore, the importance of investing in basic care qualification is evident in terms of an effective impact on the population's health.

Keywords: Primary Health Care; Health Programs and Projects Assessment; Health Impact Assessment; Infant mortality.

Introdução

Os indicadores de saúde, em especial o de Mortalidade Infantil (MI), são considerados importantes fontes de informação tanto a respeito das características do estado de saúde da população, quanto do sistema de saúde ao qual a população tem acesso, deste modo, quando vistos em conjunto, servem para o acompanhamento e planejamento das ações em saúde pública¹.

Assim, com o cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estima-se a possibilidade de óbito em crianças menores de um ano, numa determinada região e num período específico, podendo nortear ações para a diminuição destes óbitos, tanto na área da saúde, como nos demais setores¹.

Desta maneira, a TMI é um indicador fortemente influenciado pelos determinantes sociais, como inclusão social, segurança, moradia, renda, escolaridade, estilo de vida, modelo de atenção à saúde e acesso aos serviços de saúde, entre outros².

Nas últimas décadas o Brasil reduziu significativamente as TMI³, dentre as ações que resultaram nesta diminuição, tem-se à ampliação dos serviços de saúde, através da expansão da Atenção Básica (AB), tendo como principal representante a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴. Este modelo de atenção foi definido pelo Ministério da Saúde (MS) como coordenador da assistência à Saúde, com a finalidade de subsidiar a integralidade das ações e dos serviços de saúde disponíveis à população. Assim, as ações para a redução da TMI devem ser auxiliadas por meio do conhecimento das condições de vida e da saúde da população adstrita à unidade de saúde⁴.

Deste modo, a intensa expansão da ESF, desde sua implantação na década de 1990, e consequentemente o aumento da cobertura da população por este modelo de atenção, vários esforços foram realizados para a qualificação dos profissionais que compõe este serviço, a fim de garantir que a população tenha acesso de qualidade dos serviços prestados⁵.

Neste sentido, no ano de 2011 o MS instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) que tem como objetivo a “ampliação do acesso e a melhoria da qualidade deste nível de atenção, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional ou localmente”⁶.

Desde que foi instituído, este programa teve três ciclos de avaliação, considerando a infraestrutura da unidade, o alcance dos indicadores pactuados no momento da adesão, além de entrevistas com os gestores, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, assim ao final de cada ciclo as unidades foram classificadas de acordo com seu desempenho⁶.

Desta maneira, os dados gerados pelo PMAQ se tornaram uma importante fonte de dados para realização de pesquisas na área da saúde, por considerar os diversos atores deste serviço, por ser um programa de alcance nacional e pela magnitude de variáveis analisadas.

A vista disto, em pesquisa recente que utilizou os dados do 2º ciclo do PMAQ, identificou ações inadequadas para o aprimoramento do pré-natal, além de relacionar as desigualdades regionais ao acesso deste serviço em todo país⁷. Este é um importante achado para direcionar as ações da AB, pois a qualidade do acesso, da assistência e o número de consultas de pré-natal estão diretamente relacionados à TMI^{8,9,10}.

Nesta perspectiva, a avaliação de desempenho das unidades que aderiram ao PMAQ e a comparação com dados sobre as estatísticas vitais, como a TMI, são imperativas já que a proposta do programa é, entre outras, a redução das desigualdades no acesso à AB por meio da reorganização do modelo de atenção, utilizando a ESF¹¹.

Considerando que o PMAQ, como política indutora de qualidade concluiu o 3º ciclo de avaliação, e o impacto da AB na saúde da população, a presente pesquisa teve como

objetivo verificar se há relação entre a TMI e o percentual de unidades de saúde que obtiveram boa classificação de desempenho na avaliação do PMAQ nos estados brasileiros, e a similaridade entre os estados em relação a essas variáveis.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória, retrospectiva, de análise quantitativa, utilizando banco de dados secundários. O PMAQ foi instituído em 2011 e até o momento foram realizados três ciclos de avaliação, ao final de cada ciclo, as equipes foram classificadas de acordo com o seu desempenho, esta fase também é denominada como certificação.

Para isto, as equipes foram avaliadas segundo três perspectivas, sendo: o conjunto de padrões previamente determinados (equivalente a 60% da nota de certificação); a avaliação do cumprimento dos indicadores pactuados com as unidades (30%) e a verificação da realização no momento auto avaliativo (10%). Desta maneira, as unidades de saúde foram classificadas pelo estabelecido no programa, como: ótima, muito boa, boa, regular e ruim. Algumas unidades foram classificadas como insatisfatória ou desclassificadas⁶.

Para o presente estudo, foram usados os dados dos resultados da classificação de desempenho das equipes de saúde dos municípios brasileiros, participantes do 3º ciclo do PMAQ (2015-2017), disponíveis no portal do Departamento de Atenção Básica DAB/MS⁶. Os dados sobre a certificação foram importados e armazenados em planilhas do *software Microsoft Excel* 2010. Para a análise inferencial foi utilizado o pacote estatístico SPSS 20.0. Foram realizadas análises descritivas e de frequência, para isto, as avaliações da classificação de desempenho foram codificadas conforme segue: 0= desclassificada, 1 = insatisfatória, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = boa, 5 = muito boa e 6 = ótima. Para as demais análises estatísticas, as unidades classificadas como boas, muito boas e ótimas, foram agrupadas em uma única variável renomeada como “boa classificação de desempenho”.

Para efeitos desta análise, os resultados da classificação de desempenho das unidades de saúde dos municípios, foram agrupados de acordo com o Estado da Federação ao qual pertencem. Este agrupamento baseia-se nas próprias diretrizes do PMAQ⁶, que propõe a construção de parâmetros que possibilitem realizar análises sobre o acesso e a qualidade dos serviços ofertados pela AB, também de maneira regional, podendo assim desvelar possíveis desigualdades em saúde no Brasil.

Os dados para a análise da TMI foram coletados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) referentes aos óbitos de menores de um ano, no período de 2015 a 2017,

também foram coletados dados sobre o total de nascidos vivos, disponíveis no Sistema de Informação de Nascidos Vivos de cada estado brasileiro, pelo mesmo período. Estes sistemas são acessados através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), todos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS)¹².

A TMI é representada pela razão entre o número de óbitos em menores de um ano, por local de residência, e número de total nascidos vivos, por local de residência materna, multiplicado por mil*. Foram realizadas as TMI dos estados brasileiros dos anos de 2015 a 2017¹.

Para verificar a associação entre as médias da TMI e as porcentagens de unidades com boa classificação de desempenho de saúde foi realizado o teste de coeficiente de correlação de *Pearson*, para as decisões estatísticas, foi adotado nível de significância de 5%, sendo a TMI a variável dependente e a variável boa classificação de desempenho a independente. Para a interpretação da magnitude da correlação, adotou-se a classificação proposta por Bisqueria, Sarriera e Martínez¹³: < 0,20 = muito baixa, 0,20 a 0,40 = baixa, 0,40 a 0,60 = moderada, 0,60 a 0,80 = alta e > 0,80 = muito alta, sendo a correlação de valor 1,00 considerada perfeita.

Outro aspecto relevante, para o presente estudo, foi verificar se os estados que pertencem às mesmas regiões do Brasil apresentam similaridade em relação às porcentagens de unidades com boa classificação de desempenho e nas médias da TMI. À vista disto, tem-se que a região nordeste apresentou a expressiva expansão de ESF no Brasil¹⁴, assim, com a análise de similaridade, pode-se verificar se este fato impactou de maneira semelhante todos os estados pertencentes a esta região.

Para isso, foi realizada a análise de cluster, verificando a dissimilaridade entre as unidades de saúde que obtiveram boa classificação de desempenho na avaliação PMAQ e a TMI de acordo com os estados brasileiros, aplicou-se o método de análise multivariada e agrupamento hierárquico (*joining*), adotando os seguintes procedimentos descritos por Lima e Silva¹⁵:

1. Padronização dos dados: a padronização foi adotada para que as variáveis contribuam com o mesmo peso no cálculo do coeficiente de dissimilaridade entre eles, utilizando a seguinte equação:

$$Z = \frac{X - \mu}{s} \quad \text{Eq. 1}$$

Em que:

z = variável padronizada;

X = valor da variável;

μ = valor médio de cada variável; e

s = desvio padrão de cada variável

- Escolha do coeficiente de semelhança: adotou-se a medida de dissimilaridade, utilizando a distância euclidiana (d_{AB}), pois quanto menor o valor, mais próximos estão os resultados das variáveis entre os diferentes tratamentos. A distância euclidiana (d_{AB}) foi determinada pela equação 2 entre os acessos para o conjunto das variáveis estudadas:

$$d_{AB} = \sqrt{(X_{1A} - X_{1B})^2 + (X_{2A} - X_{2B})^2 + \dots + (X_{mA} - X_{mB})^2} \quad \text{Eq. 2}$$

Em que:

X_{1A} = valor da variável 1A

X_{1B} = valor da variável 1B

- Estratégia de agrupamento: foi utilizado o método ward's, que forma os grupos buscando minimizar a soma das diferenças entre os elementos de cada grupo e o valor médio do grupo, minimizando o desvio padrão entre os dados de cada grupo formado. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Norte do Paraná, com o parecer nº 3.284.083 e CAAE: 12099019.7.0000.8123.

Resultados

Os resultados obtidos a partir da análise da TMI e a distribuição porcentagem da classificação de desempenho estão apresentados abaixo. É interessante destacar, apenas com a análise descritiva, a relação entre as variáveis estudadas, já que o Estado de Santa Catarina apresentou a maior porcentagem de unidades com boa classificação de desempenho (69,8%) e a menor TMI (9,54), enquanto o estado do Amapá apresentou a menor porcentagem de unidades com boa classificação de desempenho (10,10%), assim também apresentou a maior TMI entre os estados brasileiros (18,21) (Tabela 1).

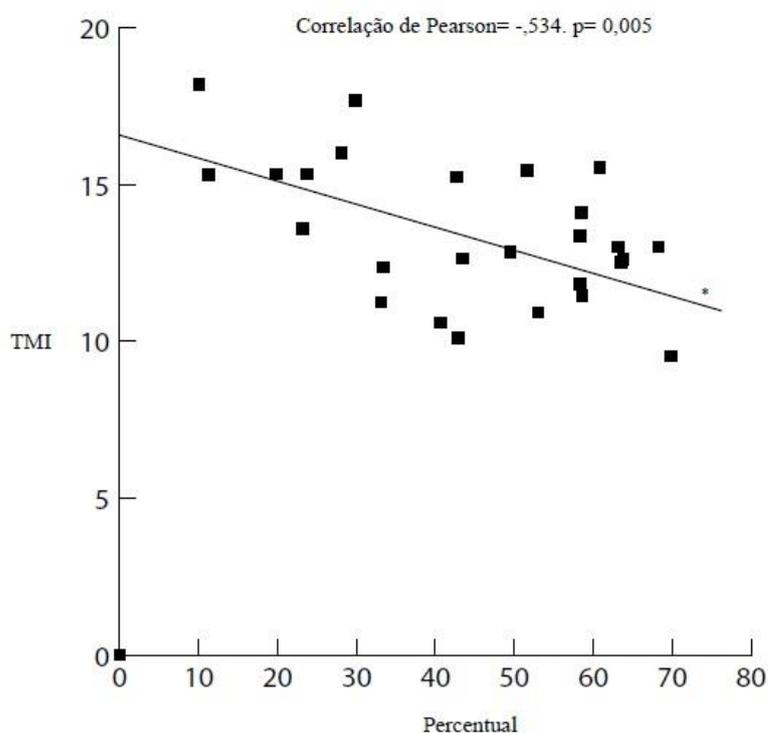
Tabela 1 – Distribuição das unidades de saúde segundo classificação de desempenho no PMAQ e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), de acordo com o estado. Brasil, 2019

Estado	Classificação PMAQ														TMI
	Desclassificado		Insatisfatória		Ruim		Regular		Boa		Muito boa		Ótima		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AC	15	6,8	-	-	86	38,9	95	43,0	20	9,0	3	1,4	2	0,9	15,33
AL	20	2,1	-	-	116	12,1	262	27,3	325	33,9	193	20,1	43	4,5	14,12
AM	42	5,8	10	1,4	227	31,4	240	33,2	147	20,4	47	6,5	9	1,2	16,02
AP	11	5,9	8	4,3	83	44,1	67	35,6	8	4,3	7	3,7	4	2,1	18,21
BA	152	4,2	5	0,1	404	11,3	1169	32,7	1187	33,2	523	14,6	138	3,9	15,46
CE	296	11,2	7	0,3	201	7,6	456	17,2	755	28,5	640	24,1	298	11,2	12,63
ES	42	5,8	2	0,3	119	16,4	322	44,4	189	26,1	51	7,0	-	-	11,25
GO	12	0,8	3	0,2	323	20,9	689	44,7	368	23,9	116	7,5	31	2,0	12,37
MA	58	3,1	5	0,3	797	43	626	33,8	274	14,8	74	4,0	20	1,1	15,34
MG	256	4,4	8	0,1	611	10,5	1542	26,4	1790	30,6	1189	20,4	446	7,6	11,45
MS	16	2,7	6	1,0	67	11,3	158	26,7	172	29,1	130	22,0	43	7,3	11,82
MT	9	1,3	1	0,1	55	7,8	229	32,5	241	34,2	152	21,6	18	2,6	13,38
PA	51	4,0	2	0,2	423	33,4	492	38,8	225	17,7	60	4,7	15	1,2	15,34
PB	21	1,3	4	0,2	157	9,5	420	25,5	612	37,1	353	21,4	81	4,9	12,52
PE	153	6,4	-	-	207	8,7	517	21,7	772	32,4	515	21,6	221	9,3	13,01
PI	28	2,2	-	-	228	17,5	253	19,5	346	26,6	229	23,0	146	11,2	15,54
PR	139	5,8	3	0,1	404	16,9	876	36,5	662	27,6	272	11,3	41	1,7	10,60
RJ	126	5,0	6	0,2	560	22,4	570	22,8	540	21,6	630	25,2	67	2,7	12,86
RN	2	0,2	2	0,2	137	11,5	237	19,9	345	28,9	231	19,4	239	20,0	13,01
RO	65	17,1	-	-	141	37,1	86	22,6	61	16,1	25	6,6	2	0,5	13,59
RR	2	1,6	-	-	61	48,0	26	20,5	24	18,9	14	11,0	-	-	17,70
RS	38	2,0	14	0,7	189	9,7	866	44,6	551	28,4	235	12,1	47	2,4	10,12
SC	27	1,4	2	0,1	119	6,2	428	22,5	665	34,9	535	28,1	130	6,8	9,54
SE	51	7,9	-	-	167	25,7	154	23,7	181	27,9	84	12,9	12	1,8	15,25
SP	197	4,0	27	0,5	555	11,2	1555	31,3	1664	33,5	836	16,8	135	2,7	10,93
TO	17	2,9	-	-	98	16,5	220	37,1	145	24,5	92	15,5	21	3,5	12,64

Fonte: Dados da própria pesquisa (2019).

Em relação à análise de correlação entre as variáveis do estudo, pode-se afirmar que existe correlação linear entre a TMI e a porcentagem de unidades com boa classificação de desempenho no PMAQ, indicando que quanto maior o percentual de unidades com boa classificação de desempenho, menor será a TMI, sendo esta correlação moderada (-,534) e estatisticamente significativa ($p=0,005$) (Figura 1).

Figura 1 – Correlação em percentual de unidades de saúde com boa classificação de desempenho e a TMI. Brasil, 2019

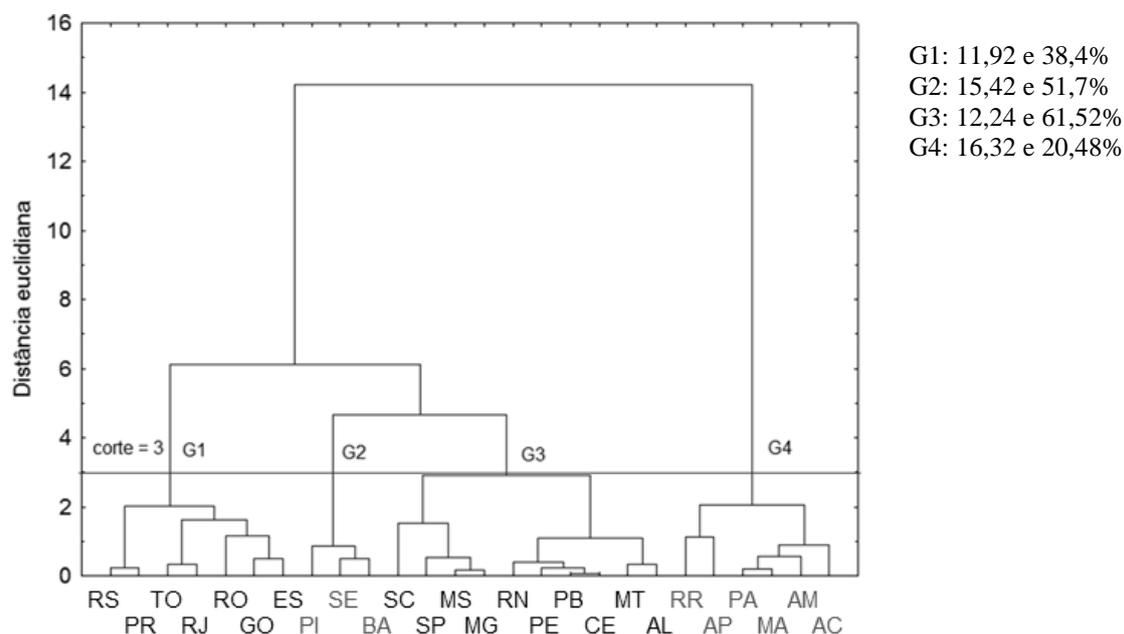


Legenda: * Linha de Tendência.

Fonte: Dados da própria pesquisa (2019).

A partir da análise de cluster, obteve-se a formação de quatro grupos (Figura 2). Sendo assim, os estados pertencentes a cada grupo são similares em relação à porcentagem de unidades com boa classificação de desempenho e a TMI do estudo. Diante disto, é interessante observar os agrupamentos dos estados de diferentes regiões em cada grupo, com exceção do G2, que se formou apenas com estados da região nordeste.

Figura 2 –Dendograma de agrupamento dos estados de acordo com o percentual de unidades com boa classificação de desempenho na avaliação PMAQ e a TMI. Brasil, 2019



Fonte: Dados da própria pesquisa (2019).

Outro ponto importante, é que o G4 ficou totalmente isolado dos demais grupos, e observando os resultados descritivos apresentados na Tabela 1, percebe-se que são os estados com as menores porcentagens de unidades com boa classificação de desempenho e maiores médias da TMI.

Discussão

Não se pretende, com este estudo, atribuir apenas aos serviços públicos de saúde a responsabilidade sobre a TMI, pois se sabe que vários são os fatores que nela interferem. Assim, as variáveis explicativas da TMI vão desde as condições sociodemográficas e socioeconômicas materna, variáveis relacionadas à assistência à saúde durante a gestação e ao parto, assim como as condições de saúde da própria criança¹⁶.

Entretanto, a AB tem, em seu escopo, ações voltadas para o enfrentamento, mesmo que em partes, destas variáveis e que podem influenciar nas estatísticas vitais, como o planejamento familiar, o pré-natal, a cobertura vacinal, a orientação sobre aleitamento materno, a consulta neonatal na primeira semana de vida, a puericultura e os encaminhamentos para a atenção especializada.

A vista disto, as análises aqui realizadas demonstram que há relação entre a média da TMI e a porcentagem de unidades com boa classificação de desempenho na avaliação do PMAQ e, também foi possível verificar quais os estados brasileiros que são similares em relação às médias das variáveis estudadas.

Nesta perspectiva, em estudo recente e regional, realizado no semiárido brasileiro foi constatada correlação entre a expansão da ESF e as consultas de pré-natal com a diminuição da TMI¹⁷. Embora os estados do semiárido brasileiro pertençam a mesma região, com exceção do norte de Minas Gérias¹⁸, na análise de cluster, estes ficaram em diferentes grupos, entretanto, a maioria dos estados pertenceram ao G3, logo foi possível demonstrar que estes estados do nordeste são similares aos estados das demais regiões.

Portanto, pode-se destacar que a expansão da ESF melhorou o acesso e a utilização dos serviços de saúde, principalmente da população mais vulnerável, e isso impactou na saúde da população, incluindo reduções importantes na TMI¹⁹.

Assim também, o Observatório Ibero-americano de políticas e sistemas de saúde evidenciou o decréscimo de todos os países participantes na TMI, com destaque para o Brasil e Peru. Entretanto, os autores são incisivos ao afirmar que, apenas a expansão da cobertura da AB e o consumo dos cuidados deste modelo de atenção não são suficientes²⁰.

Deste modo, além dos estímulos para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, são necessárias ações intersetoriais para incentivar políticas públicas que visem a diminuição das iniquidades em saúde, ao qual a população, principalmente os mais pobres, estão submetidas, como, por exemplo, aumentar o investimento em saneamento básico.

Neste sentido, foi constatado que houve aumento de óbitos por diarreia no período pós-neonatal nos anos de 2015 e 2016, em todas as regiões do Brasil, com exceção do Sul. Sendo este agravo considerado sensível à AB, esses óbitos podem ser atribuídos à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim como, reflete à piora das condições de vida da população²¹⁻²². Portanto, investir na melhoria do acesso aos serviços de saúde para a população, que sofre constantes mudanças, é essencial para continuidade e melhoria dos efeitos sentidos até aqui¹⁹.

Convém mencionar que, a presente pesquisa analisou a qualidade da AB a partir dos resultados do PMAQ, que avaliou infraestrutura, avaliação de gestores, profissionais de saúde e usuários, além de indicadores pactuados no momento da adesão, portanto o acesso e disponibilidade dos serviços de saúde são partes integrantes desta avaliação. Diante disso, deve-se manter um esforço para garantir o acesso oportuno, sem descuidar do desenvolvimento social e de políticas que possam promover a saúde²⁰.

Em relação à análise de cluster, observa-se que o G4 ficou completamente isolado dos demais. Pertencem a este grupo cinco estados da região norte (Acre, Amazonas, Amapá, Pará e Roraima) e um estado da região nordeste (Maranhão), isso demonstra a importância de avaliações para além das regiões do Brasil. Observando as análises descritivas, dispostas na Tabela 1, verifica-se que estes são os estados com a maior TMI e com menor porcentagem de unidades com boa classificação de desempenho. Apesar do aumento expressivo da cobertura da ESF nas regiões norte e nordeste, não, necessariamente, significam que a qualidade acompanhou este avanço.

Diante disto, temos o Maranhão, o único estado da região nordeste que pertence ao G4 apresenta mais de 80% de cobertura da ESF, estando na média de cobertura desta região²³, contudo, apresentou a média 19,8% de unidades com boa avaliação de desempenho, estando muito aquém da média macrorregião que é de 54,70%. Em relação à média da TMI deste estado também é maior do que a regional que é de 14,10/1000NV. Sabe-se que além do acesso aos serviços de qualidade, outros fatores impactam neste indicador, assim vale ressaltar que o Maranhão tem a menor renda per capita do país e um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano do Brasil²⁴.

Portanto, para a redução da MI é necessário que haja investimentos regionais, com foco na diminuição das desigualdades, sem abdicar dos avanços que foram alcançados até o momento. Ao contrário, fortalecendo-os com qualidade e associação aos demais setores²⁵.

Desta maneira, evidencia-se que o efeito deste modelo de atenção à saúde da população está além da cobertura, assim iniciativas de promoção da qualificação da AB devem ser mantidas e aprimoradas. O pré-natal é considerado uma prática de prevenção e promoção da saúde materno-infantil, realizada pela AB, assim o número suficiente e com qualidade desta consulta diminuem as chances de óbito fetal e infantil¹⁰. Dessa forma, o investimento em qualidade, tanto de recursos humanos como em recursos materiais devem ser permanentes para o avanço de políticas públicas com vistas a redução da TMI.

Em estudo que avaliou a qualidade do pré-natal, nas macrorregiões do país, verificou que a região norte apresentou a menor prevalência de pré-natal de qualidade²⁶, assim também em pesquisa que utilizou dados dos primeiros ciclos do PMAQ verificou que todas as macrorregiões do país melhoraram a infraestrutura para o atendimento ao pré-natal, com exceção da região norte²³. Estes estudos corroboram, em parte, com a presente pesquisa, já que o G4 é composto majoritariamente por estados desta macrorregião.

Contudo, há ainda grandes desafios a serem superados para a qualificação da AB, como a valorização das ações curativas em detrimento às ações preventivas e as de

promoção, a dificuldade em fixar os profissionais na unidade, prejudicando assim o vínculo entre profissionais e usuários, superação das dificuldades da organização do processo de trabalho e de relacionamento interpessoal, diferentes perspectivas entre os profissionais de saúde e usuários, além das dificuldades de financiamento, como a Emenda Constitucional 95 que limita os gastos públicos em saúde, e a forma de gestão dos serviços de saúde no SUS e a sustentabilidade da AB²⁷.

Em relação às limitações do estudo, destaca-se que a participação das equipes se dá de maneira voluntária, sugerindo que as unidades participantes tendem a serem as melhores e a equipe preparada para a avaliação, assim, deve-se ter cautela na generalização dos dados, pois podem estar piores do que o encontrado no presente estudo. Contudo, quando a equipe adere ao PMAQ, passa-se a refletir sobre este processo de avaliação, e isso deve contribuir para melhoria do acesso e da qualidade da atenção. Outro aspecto relevante é a possibilidade de vieses de informação quando se utiliza de banco de dados secundários, passíveis de erros de digitação, também podendo ocorrer subnotificação de nascimento e óbito.

Ainda como limitação do estudo, tem-se a agregação dos dados e conseqüentemente o pequeno número de observações, entretanto, é necessário destacar o grande número de unidades participantes que o PMAQ em todo território nacional, e a comparação entre a classificação de desempenho e a TMI preenche uma lacuna existente na literatura, bem como oferece informações sobre o cenário a respeito da saúde no Brasil.

Por fim, a presente pesquisa demonstrou que existe correlação negativa entre a boa classificação de desempenho da unidade de saúde com a TMI. Também possibilitou verificar, através da análise de agrupamento a diversidades de estados nos grupos com melhores médias de TMI, com destaque para dois estados da região norte, historicamente a macrorregião com maior TMI. Assim, o estudo demonstra a importância do investimento na qualificação da AB.

A avaliação de desempenho das unidades de saúde e a relação de como incidem sobre as estatísticas vitais, como a TMI, é uma importante ferramenta para os gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços ofertados pelo SUS. Para os gestores e profissionais da saúde, a avaliação de desempenho pode contribuir nas escolhas das estratégias e ações para garantir o acesso de qualidade dos serviços de saúde para a população. Já para os usuários, é uma maneira de obter respostas efetivas sobre os serviços públicos e sobre as políticas públicas de saúde, podendo despertar o interesse na participação social, garantida pelos fundamentos do SUS.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília; 2008. [acessado 2015 mar 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.
2. Vianna LAC. Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença. [acessado 2015 jan 27]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf
3. Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Instituto de Desenvolvimento Humano Sustentável*. Estudos temáticos sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio da rede de laboratórios acadêmicos para acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio: saúde: objetivo 4: reduzir a mortalidade infantil; objetivo 5; melhorar a saúde materna; objetivo 6: combate HIV/AIDS; a malária e outras doenças. Belo Horizonte: Puc Minas: UFPA: IDHS: PNUD; 2004. [acessado 2019 mar 17]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/pn000005.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Diário Oficial da União; 2017 22 set;(183):68. [acessado 2019 jan 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm.
5. Medrado JRS, Casanov A, Angela O, Oliveira, CCM de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. Saúde Debate 2015 dez; 39 (107):1033-43. [acessado 2018 out 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000401033&lng=pt&nrm=isso.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília; 2018. [acessado 2020 jan. 12]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.
7. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(5):e00110417. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf>.Doi: 10.1590/0102-311X00110417.
8. Kale PI, Mello-Jorge MHP, Silva KS, Fonseca KSS, Fonseca SC. Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil. Cad Saúde Pública. 2017; 33(4):e00179115 doi: 10.1590/0102-311X00179115.

9. Lima JC, Mingarelli AM, Segri NJ, Zavala AJZ, Takano OA. Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):931-9.doi: 10.1590/1413-81232017223.12742016
10. Varela AR, Schneider BC, Bubach S, Silveira MF, Bertoldi AD, Duarte LSM *et al.* Fetal Neonatal, and post-neonatal mortality in the 2015 Pelotas (Brazil) birth cohort and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(7):e00072918. doi: 10.1590/0102-311X00072918.
11. Micros PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:86. [acessado 2019 jul 22. 31]. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100277&lng=en.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Portal da Saúde. Brasília: DataSus; 2019.
13. Bisquerra R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Carvalho FCD, Vasconcelos TB, Arruda GMMS, Macena SHM. Modificações nos Indicadores Sociais da região nordeste após a implementação da Atenção Primária. *Trab. educ. saúde*. 2019; 17(2): e0018925. [acessado 2020 jun 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200503&lng=en&nrm=iso. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00189>.
15. Lima JSS, Silva SA. Fuzzylogicapplicationand cluster analysis in thequalityofthebeveragefromconiloncoffee. *Coffee Science* 2018 Oct/Dec;13(4):439-47.
16. Sanders LSC, Pinto FJM, Medeiros CRB, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cad. saúde colet*. [Internet]. 2017 mar [acessado 2020 abr 16], 25 (1): 83-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000100083&lng=en. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010284>.
17. Silva ESA, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019 fev; 24(2): 623-30. [acessado 2019 jul 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200623&lng=en.
18. Ibge. Malha dos limites político administrativo 2015. Brasília; 2015. [acessado 2019 jul 21]. Disponível em: <http://www.sudene.gov.br/images/arquivos/semiarido/arquivos/mapa-semiarido-1262municipios-Sudene.pdf>.
19. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia saúde da família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018 Sep; 42(spe1):18-37. [acessado 2019 jul 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=en.

20. Conill EM, Xavier DRicardo, Piola SF, Silva SF da, Barros H da S, Báscolo Ernesto. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 July; 23(7): 2171-86. [acessado 2019 jul 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702171&lng=en.
21. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz. Abrasco alerta para o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. Rio de Janeiro; 2018. [acessado 2019 jan 12]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Abrasco-alerta-para-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-Brasil>.
22. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça J, *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009 jun; 25(6):1337-49.
23. Neves RG, Flores T R, Duro S MS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(3): e2017170. [acessado 2019 ago 13]. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300302&lng=en.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil. Rio de Janeiro; 2017. <https://cidades.ibge.gov.br/cidades> 2019.
25. Faria R, Santana P. Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil. *Saúde Soc*. 2016; 25(3):736-49, 2016. doi 10.1590/S0104-12902016147609.
26. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, *et al*. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24(3):1223-32. [acessado 2019 jul 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301223&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.1312201.7>.
27. Silva G, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saúde Pública*. 2019 35(2): e00095418. [acessado 2019 jul 31]. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205010&lng=pt.

5.1 ARTIGO 2 – Submetido à Revista de Saúde Pública

Atributos essenciais da atenção básica e a relação com o porte populacional municipal

Essential attributes in primary care and relationship with the population size in municipalities

Atributos essenciais da atenção básica

Essential attributes in primary care

RESUMO

OBJETIVO: analisar as diferenças entre as médias dos atributos essenciais da Atenção Básica (AB), assim como verificar a relação destas com a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), de acordo com o porte populacional dos municípios brasileiros.

MÉTODO: Pesquisa exploratória com dados secundários provenientes do Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), bem como os dados sobre as estatísticas vitais para o cálculo da TMI. Para a análise dos atributos essenciais, foi realizada a correspondência das perguntas contidas neste módulo com os atributos de primeiro contato, de longitudinalidade, de integralidade e de coordenação. Para a análise de comparação de médias, foi realizado o teste de ANOVA de uma via e, para verificar quais grupos diferiram entre si, utilizou-se o teste de *post-hoc* de Tukey. Para verificar a relação entre a TMI e as médias dos atributos, realizou-se a análise de correlação de *Pearson*, sendo adotado nível de significância de 5%.

RESULTADOS: Existe efeito do porte populacional sobre os atributos da AB, e o *post-hoc* de Tukey demonstrou quais portes populacionais diferiam em cada atributo da AB, sendo que o porte populacional tem médio efeito sobre o atributo de primeiro contato e pequeno efeito no atributo de longitudinalidade. Na análise de correlação, o resultado mais expressivo foi entre a TMI e o atributo de primeiro contato nas metrópoles, sendo a correlação negativa e moderada (-0,49), além de estatisticamente significativa (0,03).

CONCLUSÃO: Estes achados são importantes tanto para que se tenha um panorama do alcance destes atributos, nos diferentes portes populacionais, quanto para considerar as percepções dos usuários sobre os atributos essenciais, as quais fortalecem a participação social no processo de planejamento das ações em saúde.

DESCRITORES: Programas Nacionais de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Mortalidade Infantil.

Abstract

OBJETIVE: to analyze differences in the essential attributes of Primary Care, as well as to verify the relationship of said attributes with the IMR, based on the population size of Brazilian municipalities.

METHODS: It is an exploratory research with quantitative analysis. It used secondary data sourced from Module III – Interview at the Health Unit with the User, which was held during the 3rd cycle of the National Program for the Improvement of Primary-Care Access and Quality [*Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*] (PMAQ), as well as data on vital statistics for IMR calculation. To analyze the EAs, the questions contained in that module were compared with the first-contact, longitudinality, integrality and coordination attributes. For mean comparison analysis, the One-Way ANOVA was applied and, to verify which groups differed from each other, Tukey's post-hoc test was used. To verify the relationship between the IMR and the means of the attributes, Pearson's correlation analysis was performed, at a 5% level of significance.

RESULTS: show that population size has an effect on the attributes of PC, while Tukey's post-hoc showed which population sizes differed in the first-contact and longitudinality attributes. In the correlation analysis, the most expressive result was between the IMR and the first-contact attribute in the metropolises, with the correlation being negative and moderate (-0.49), in addition to statistically significant (0.03).

CONCLUSION: These findings are important in the sense that they provide a broad view of the reach of these attributes as to different population sizes, and in the sense of considering the perceptions of users about the essential attributes, bearing in mind that these perceptions strengthen social participation in the process of planning health actions.

KEYWORDS: National Health Programs; Primary Health Care; Health Assessment; Health Care Quality, Access and Evaluation; Infant mortality.

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2006, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) passou a ser a porta preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à melhoria de planejamento, da descentralização e da equidade dos serviços de saúde¹.

Assim, com a escolha da AB como ordenadora da atenção e, portanto, centro de comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), fez-se necessária a elaboração de programas de avaliação que tivessem a capacidade de medir o alcance deste modelo de atenção, na orientação da RAS².

Após algumas iniciativas, em 2011, foi criado, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) com o objetivo de “ampliação do acesso e a melhoria da qualidade deste nível de atenção, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional ou localmente”. Assim, desde que foi instituído, o programa teve três ciclos de avaliação, considerando desde a estrutura física da unidade e o alcance dos indicadores pactuados pelas equipes no momento da adesão, bem como foram realizadas entrevistas com gestores, com os profissionais da saúde e com os usuários dos serviços³.

Contudo, para que a AB seja acessível, integral e resolutiva, como prevê a PNAB, é necessário que este modelo possua algumas características, denominadas como atributos essenciais, sendo eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação⁴. À vista disto, para a AB ainda há muito a avançar, tendo em vista as dificuldades na continuidade da assistência e no vínculo entre equipe e usuários, assim também a dificuldade dos encaminhamentos à consulta especializada².

Dessa maneira, a importância em se verificar o alcance dos atributos da APS está na possibilidade de qualificação dos profissionais que atuam na AB, dado o impacto que este nível de atenção tem sobre a saúde da população. Logo, o conhecimento do alcance dos atributos, na perspectiva do usuário, permite identificar avanços e desafios da AB brasileira, auxiliando no planejamento das ações para o fortalecimento da AB⁴ (Starfield, 2002).

Outro aspecto relevante, para complementar esta avaliação, é verificar se há relação destes atributos na percepção dos usuários com a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Isto porque este indicador é considerado “sensível às condições de vida e de saúde de uma comunidade”⁵.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi analisar as diferenças entre as médias

dos atributos da AB e verificar se há relação entre estas médias e a TMI, de acordo com o porte populacional dos municípios avaliados.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal, de análise quantitativa, com dados secundários provenientes do banco nacional de avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ e também dados referentes às estatísticas vitais e demográficos no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A avaliação externa do PMAQ ocorreu a partir de uma parceria entre o MS e Instituições de Ensino e Pesquisa que promoveram treinamento intensivo com os entrevistadores e supervisores que realizariam as entrevistas, a fim de se obter a padronização dos registros no banco de dados. Para esta fase do PMAQ, foram aplicados seis instrumentos, com diferentes objetivos, sendo que, neste estudo, foram utilizadas variáveis do Módulo III- Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário (3º Módulo)⁶.

Aderiram ao PMAQ 5.324 municípios brasileiros; todavia, participaram do 3º Módulo, usuários de 5.293 municípios, entretanto foram excluídas as respostas de 62 usuários de 10 municípios, devido às inconsistências no banco de dados. Com isso, foram consideradas as respostas de 140.382 usuários, abrangendo 5.283 (94,85%) dos municípios brasileiros.

O 3º Módulo era composto por 165 perguntas. Para seleção das variáveis desta pesquisa, foi realizada a correspondência entre estas perguntas e os atributos essenciais da APS, considerando as definições e as medições dos atributos descritos por Barbara Starfield⁴.

- Primeiro contato: a atenção básica é estabelecida como porta de entrada nos serviços de saúde e, portanto, deve exercer a função de filtro na rede de atenção. O usuário deve entender a AB como fonte regular de atenção à saúde e, portanto, utilizá-la.
- A Longitudinalidade: está relacionada à utilização da AB como fonte regular de atenção, expressa por meio do vínculo entre a equipe e os usuários, ao longo da vida.
- Abrangência/Integralidade: é a capacidade de reconhecimento das necessidades dos usuários, bem como a oferta de serviços e de recursos, para que estas necessidades sejam atendidas.
- Coordenação: é a capacidade de reconhecer as necessidades dos usuários através

da continuidade, tanto pelo profissional, quanto pelo prontuário, ou por ambos, para com os demais serviços de saúde disponíveis, na rede de atenção à saúde.

Diante disso, foram selecionadas para este estudo 45 variáveis, sendo 15 perguntas para o atributo primeiro contato (4.5, 4.6.8, 5.1.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 6.2, 6.4, 6.9, 6.10.4, 7.1, 7.9 e 8.20), nove para o atributo de longitudinalidade (8.2.3, 8.3, 8.6, 8.7, 8.8, 8.9, 8.12, 8.13, e 8.15), 16 para o atributo de integralidade (8.2.2, 8.4.1, 8.5.1, 8.16, 8.18, 12.4, 13.4, 15.10, 16.3, 16.6.1, 16.6.2, 16.6.3, 17.3, 17.4, 17.5, e 20.5) e cinco para o atributo de coordenação (9.2, 9.3, 13.10, 16.5, 17.7).

Para a análise das médias dos atributos, foram consideradas as respostas dos usuários de cada município, sendo consideradas as respostas “sim”, ao serem dicotômicas e a resposta mais positiva, quando eram em escala likert, como “muito boa”. A partir disto, foi realizada a média dos atributos para cada município, de acordo com o porte populacional, sendo estratificado como: com até 20.000 habitantes (pequeno porte I) de 20.001 a 50.000 (pequeno porte II); de 50.001 a 100.000 (médio porte); de 100.001 a 900.000 (grande porte); e > 900.001 (metrópoles)⁷.

Para a realização do cálculo da TMI, foi utilizado o número de óbitos de menores de um ano no numerador, o número do total de nascidos vivos no denominador, multiplicado por mil, no período de 2015 a 2017, dos municípios participantes, em seguida foi realizada média da TMI, segundo o porte populacional.

Para verificar a diferença das médias dos atributos essenciais, segundo o porte populacional, realizou-se o teste de ANOVA de uma via e, para verificar quais grupos diferiram entre si, utilizou-se o teste de *post-hoc* de Tukey, sendo adotado nível de significância de 5%. Considerando que o nível de significância é afetado, dentre outras características, pelo tamanho amostral⁸, considerou-se também o tamanho do efeito da diferença entre as médias, pois “com grandes amostras, mesmo diferenças muito pequenas entre os grupos podem se tornar estatisticamente significativas. Isso não significa que a diferença tenha qualquer significância teórica ou clínica”⁹. A interpretação do tamanho do efeito foi baseada na proposta de Cohen¹⁰, com valores de 0,01 são classificados como pequeno efeito, 0,06 médio efeito e 0,14 grande efeito.

Para verificar a relação entre a TMI e as médias dos atributos essenciais, foi realizada a análise de correlação de Pearson, sendo adotado nível de significância de 5%. Para a interpretação da magnitude da correlação, optou-se pela classificação proposta por Bisquerra et al.¹¹ sendo < 0,20 = muito baixa, 0,20 a 0,40 = baixa, 0,40 a 0,60 = moderada, 0,60 a 0,80 alta e 0,80 muito alta, considerando perfeita a correlação de valor 1,00.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Norte do Paraná, com o Parecer nº 3.284.083 e CAAE: 12099019.7.0000.8123.

RESULTADOS

Os municípios de pequeno porte apresentaram médias maiores em relação aos atributos de primeiro contato, de longitudinalidade e de coordenação. Apenas no atributo de integralidade, os municípios de grande porte e metrópoles obtiveram as maiores médias. Em relação aos municípios de médio porte, com exceção do atributo de primeiro contato, todos apresentaram a menor média em todos os atributos.

Foi realizado o teste de Anova de uma via, o qual mostrou que existe efeito do porte populacional sobre os atributos da AB, e o *post-hoc* de Tukey demonstrou quais portes populacionais diferiam em cada atributo da AB, sendo que o porte populacional tem médio efeito sobre o atributo de primeiro contato e pequeno efeito no atributo de longitudinalidade (Tabela 1).

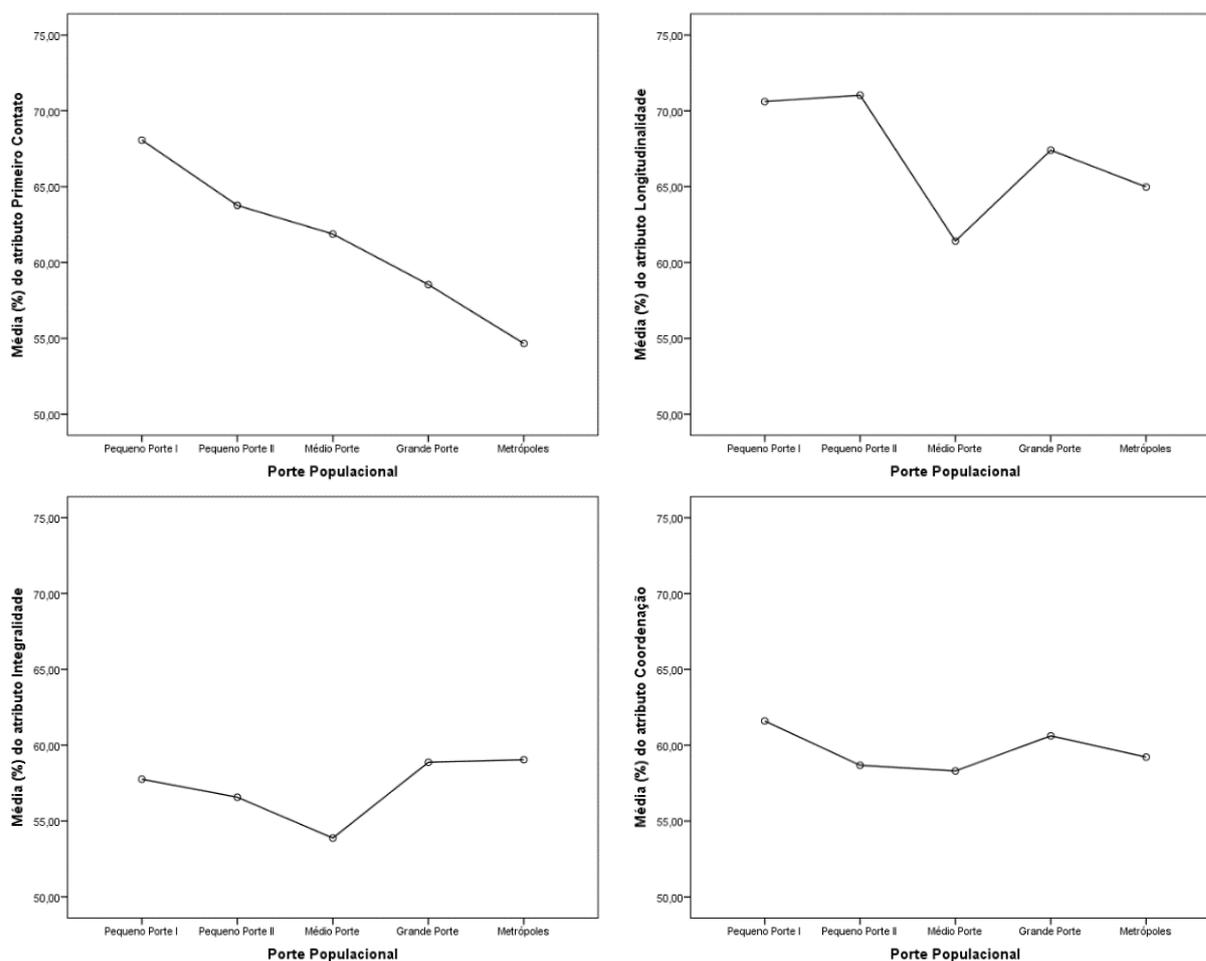
Tabela 1 – Comparação das médias da pontuação nos atributos essenciais do PMAQ, de acordo com o porte populacional dos municípios. Brasil, 2020

Porte municipal	Primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Pequeno I	68,07 ^a	70,61 ^a	57,76 ^a	61,60 ^a
Pequeno II	63,76 ^a	71,03 ^a	56,57 ^a	58,68 ^a
Médio	61,88 ^b	61,41 ^b	53,88 ^a	58,30 ^a
Grande	58,55 ^b	67,40 ^c	58,87 ^a	60,62 ^a
Metrópoles	54,66 ^c	64,98 ^c	59,04 ^a	59,22 ^a
<i>p</i> valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
<i>Graus de liberdade</i>	4	4	4	4
<i>Welch*</i>	147,8	53,9	13,9	8,6
<i>Tamanho do efeito</i>	0,08	0,03	0,008	0,005

Legenda: * Assintoticamente a distribuição de F. Teste utilizado devido à violação da assunção de homogeneidade da variância. Médias seguidas das mesmas letras, na coluna, não diferem entre si, segundo o Teste de Tukey.

Também foram gerados gráficos de distribuição destas médias, como apresentados abaixo (Figura 1):

Figura 1 – Gráficos de distribuição das médias dos atributos essenciais da AB, segundo o porte populacional



A análise de correlação entre os atributos e a TMI, estratificada por porte populacional, são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Correlação entre a TMI e as médias da pontuação nos atributos essenciais do PMAQ, de acordo com o porte populacional dos municípios. Brasil, 2020

Porte Populacional	TMI	Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Pequeno I	13,18	0,04*	0,04*	0,00	-0,03
Pequeno II	13,40	-0,04	-0,06	-0,03	0,00
Médio	12,70	-0,06	-0,01	-0,12*	-0,06
Grande	12,07	-0,17**	-0,06	-0,15*	-0,10
Metrôpoles	12,08	-0,49*	0,32	-0,42	-0,39

Legenda: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$. Correlação de Pearson.

Pode-se observar que há a correlação positiva entre a TMI e os atributos de primeiro contato e longitudinalidade, nos municípios de pequeno porte. No entanto, apesar de significativa, é praticamente nula e não condiz com a literatura.

Ainda nessa análise, foram observadas correlações negativas e significativas entre a TMI e o atributo de Integralidade, tanto nos municípios de médio, quanto nos de grande porte; porém, a magnitude desta correlação é considerada muito fraca. Outro ponto importante é que o atributo de primeiro contato apresentou correlação negativa de magnitude muito baixa com a TMI nos municípios de grande porte; todavia, apresentou correlação negativa e de magnitude moderada nas metrópoles.

DISCUSSÃO

Importante achado do presente estudo é que existem diferenças significativas entre as médias dos atributos essenciais, a depender do porte populacional, entretanto estas diferenças podem ser atribuídas ao efeito do tamanho amostral. Para controlar este *viés*, considerou-se o tamanho do efeito, sendo significativas somente as diferenças entre os portes populacionais nos atributos de primeiro contato, com moderada efeito, e o atributo longitudinalidade, com baixo efeito.

Também foi analisada a relação entre estas médias com a TMI, tendo como resultado, mais expressivo, a correlação negativa e moderada entre o atributo de primeiro contato e as metrópoles.

No atributo de primeiro contato, verifica-se uma relação inversamente proporcional entre a avaliação do alcance deste atributo e o porte populacional. Diversos são os fatores que podem influenciar este achado, dentre os quais, o fato de a AB ser o único serviço de saúde disponibilizado nos municípios menores. Outro aspecto relevante é que a AB funciona em horário comercial, prejudicando a população economicamente ativa, principalmente aqueles que necessitam de maior tempo de deslocamento, como ocorre nos grandes centros¹².

Ressalta-se, também, que as unidades de saúde, em geral, não funcionam aos finais de semana e feriados, criando uma importante barreira de acesso. Para a superação desta, é necessária a criação de mecanismos de comunicação entre esses serviços e seus usuários¹³. Destarte, é necessário que o serviço de saúde se organize, para que a AB cumpra seu papel, de fato, como porta de entrada no sistema, segundo o perfil de utilização de seus usuários¹².

Em relação à análise envolvendo a TMI, é importante destacar que este indicador é influenciado por diversos fatores, como as características socioeconômicas, demográficas e de

saúde maternas, as condições de saúde da criança, bem como a qualidade da assistência recebida durante a gestação, o parto e a puericultura¹⁴.

As correlações entre a TMI e o atributo de primeiro contato, nos municípios de grande porte e, principalmente, nas metrópoles, podem estar no fato de que estes municípios têm maior capacidade de arrecadação de recursos financeiros próprios, e isto se reflete na qualidade da assistência prestada à população e, conseqüentemente, na melhoria da condição de vida desta¹⁵.

Pesquisa que avaliou o pré-natal de alto risco, realizado em metrópoles do Brasil, demonstrou a importância do acesso aos serviços da AB, já que a maioria das participantes que residiam na cidade de São Paulo (77,5%) manteve, concomitantemente, o pré-natal na AB e na atenção especializada¹⁶. Isso pode estar relacionado ao fato de estas mulheres perceberem a AB como fonte regular de atenção e, portanto, utilizaram-na⁴. Conseqüentemente, após o parto, haverá continuidade mais efetiva da assistência a essas mulheres e às crianças.

Convém mencionar uma limitação na realização das médias dos atributos, nas metrópoles, pois, há no Brasil apenas 18 municípios com população maior que 900 mil habitantes, sendo este número muito menor, quando comparado aos demais portes.

Em relação ao atributo de longitudinalidade, com exceção dos municípios de médio porte, foi o que obteve a melhor avaliação dos usuários. Considerando que este atributo está relacionado aos laços interpessoais entre as equipes de saúde e os usuários⁴, o Programa Mais Médico teve efeito positivo, já que a fixação deste profissional na AB e a sua relação com a equipe de saúde repercutiram sobremaneira no atendimento e no vínculo com os usuários¹⁷. Logo, pode-se destacar que o acolhimento e a atenção humanizada são essenciais para o alcance deste atributo.

Assim, a expansão da ESF tem papel fundamental para o alcance da longitudinalidade, pois a concepção deste modelo de atenção está, entre outras, em aproximar os usuários das equipes, por meio do estabelecimento de população adstrita, pelas ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), entre outras¹. Entretanto, o alcance desse atributo está ameaçado dado às alterações da PNAB, publicada em 2017, em que a ESF deixa de ser prioritária, há flexibilização da dedicação de profissionais de nível superior com diminuição da carga horária, há flexibilização da presença dos ACSs, entre outras alterações que afetam o vínculo entre os usuários e as equipes de saúde⁶.

O alcance do atributo de integralidade é um enorme desafio para o SUS, dada a grande demanda para atendimentos curativos e de incorporação de novas tecnologias para a assistência, reafirmando o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença, em

detrimento das ações educativas e preventivas para a população, além das dificuldades nas articulações entre os demais serviços da RAS¹⁷.

Assim, a integralidade foi o atributo com menor média nesta pesquisa, embora esta tenha apresentado melhora entre os dois primeiros ciclos do PMAQ², as necessidades em saúde são complexas, e as ações ofertadas ainda são insuficientes em razão do baixo investimento no SUS, principalmente na AB¹⁸.

A integralidade também se correlacionou com a TMI, embora de maneira muito fraca, mas foi possível observar que quanto maior o porte populacional, maior é esta relação, mesmo que algumas análises não se mostrem significantes, sob o aspecto estatístico. Isto pode estar relacionado ao fato de os municípios mais habitados apresentarem unidades de AB com estruturas físicas e organizacionais mais adequadas, além de receberem mais investimentos para a manutenção dos serviços prestados¹⁹.

O alcance do atributo de coordenação foi muito semelhante ao da integralidade, embora tenha sido ligeiramente melhor. Para a melhoria deste atributo, são necessários investimentos, para que haja incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação em toda a RAS¹⁸, pois existem dificuldades para o acompanhamento dos usuários que foram encaminhados para outros serviços da RAS, pelas equipes de AB, devido à falta de compartilhamento destas informações¹⁷.

Outro grande entrave é o tempo de espera entre o encaminhamento da AB para consultas e exames na atenção especializada, gerando, como consequência, o elevado absenteísmo em tais encaminhamentos²⁰. Assim, a escassa comunicação entre a AB e a atenção especializada expõe uma grande barreira, para que o usuário obtenha uma assistência resolutiva²¹.

Assim, para que se tenha o alcance efetivo dos atributos essenciais, é necessário que a atenção à saúde seja oportuna, integral e resolutiva, considerando o indivíduo e seu contexto social¹⁸.

Em suma, os achados da pesquisa revelam que existem diferenças no alcance dos atributos essenciais, nos diferentes portes populacionais, entretanto, estes tiveram efeito somente sobre os atributos de primeiro contato e de longitudinalidade. Também revelam que existe relação negativa entre a TMI e o alcance dos atributos de primeiro contato e integralidade, com resultado mais expressivo entre o atributo de primeiro contato e as metrópoles.

Assim, o Brasil, sendo um país de grandes dimensões geográficas, diferenças socioculturais e com imensas desigualdades sociais, apresenta desafios para o alcance dos

atributos essenciais, a depender do porte populacional. Desta maneira, são necessários ajustes na proposição de modelos e de políticas de saúde, a depender do tamanho do município.

Também deve-se destacar a importância da revogação da Emenda Constitucional nº 95, que congelou os gastos públicos por 20 anos, para que o financiamento seja suficiente para as demandas em saúde; e a revisão da última publicação da PNAB, para que a AB, por meio da ESF, consiga coordenar o cuidado na RAS¹⁸.

Em relação às limitações do estudo, destacam-se a participação dos usuários, a qual, como se deu dentro da unidade de saúde, pode ter influências nas respostas, deixando-as mais positivas; a possibilidade de vieses de informação, quando se utiliza de banco de dados secundários, passíveis de erros de digitação; e a instabilidade na internet. Além disso, em relação à TMI, também podem acontecer subnotificações de nascimento e de óbito.

Entretanto, os dados secundários utilizados neste estudo são de um banco de dados públicos, oriundos de uma pesquisa nacional que seguiu vários critérios, para que houvesse a padronização dos registros. Assim, considerar as respostas de 140.382 usuários de 5.283 municípios brasileiros usuários do SUS, agrupados de acordo com o porte populacional, possibilitou a descrição de importantes aspectos do alcance dos atributos essenciais na AB. Isto foi possível devido à percepção de seus frequentadores, preenchendo uma lacuna existente na literatura.

Destarte, esses achados são importantes para que se tenha um panorama do alcance dos atributos essenciais, nos diferentes portes populacionais, auxiliando no fortalecimento destes na AB. À vista disso, ao considerar as percepções dos usuários sobre os atributos essenciais da AB, há o fortalecimento da participação social no processo de planejamento das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Brasília; 2006. [citado 05 out 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
2. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2018; 42 (Espec 1): 52-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>

3. Ministério da Saúde (BR) Gabinete do Ministro. Portaria nº1.615 de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. [citado 05 out 2020]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
5. Andrade SM, Cordoni Jr. L, Carvalho BG, González AD, Silva AMR. A avaliação das práticas em saúde. In: Andrade SM, Cordoni Jr. L, Carvalho BG, González AD, Silva AMR. Bases da saúde coletiva. 2. ed. Londrina: EDUEL; 2017. p. 394.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo: saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Brasília, DF, 2017.
7. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social (BR). Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004. Brasília; 2005. [citado 22 set 2020]. Disponível em:
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf
8. Espirito-Santo H, Daniel F. Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): as limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. RPICS. 2015; 1(1): 3-16. <http://repositorio.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/429>
9. Pallant J. SPSS Survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS. 4th ed. Allen &Unwin; 2011.
10. Cohen JW, Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Bisquerra R, Sarriera JC, Martinez F. Introdução a estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Carvalho BR, Ferreira JBB, Fausto MCR, Forster AC. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. Cad Saúde Colet. 2018;26(4):462-9. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040471>
13. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, Lisboa KWSC, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Avaliação do acesso ao primeiro contato na perspectiva dos profissionais. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180863. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0863>.
14. Sanders LS, Pinto FJM, Medeiros CRB , Sampaio RMM, Viana RAA , Lima KJ. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. Cad Saúde Colet. 2017;25(1):83-89. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700010284>
15. Araújo CEL. Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(3):953-63. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>

16. Fernandes JA, Venâncio SI, Pasche DF, Silva FLG, Aratani N, Tanaka OY, et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad Saúde Colet.* 2020; 36(5):e00120519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120519>
17. Gasparini MFV, Juarez Pereira Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde Debate.* 2019;43(120):30-42. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.
18. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. *Saúde Debate.* 2018;42(Espec 1):406-30. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>
19. Neves RG, Duro SMS, Muñoz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(4):e00072317. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072317>
20. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Edson Santos Neto ET. Tempo de espera e absentismo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate.* 2019;43(Espec 5): 190-204. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>
21. Jesus RPFS, Espírito Santo ACG, Mendes MFM, Samico IC. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface.* 2018;22 (65):423-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0026>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, vários estudos apontam que o fortalecimento da AB é essencial para os sistemas de saúde que se organizam em rede, pois uma AB qualificada está diretamente relacionada a melhores resultados em saúde, possibilitando maior acesso aos serviços de saúde com melhor qualidade aos usuários. Considerando que a avaliação deve ocorrer a partir de informações produzidas no cotidiano dos serviços de saúde, e que essas devem auxiliar no processo de transformações das práticas em saúde, a presente pesquisa demonstrou que há um longo e árduo caminho a ser trilhado para o alcance dos atributos essenciais da AB, independente do porte populacional.

Diante disso, analisar os resultados do PMAQ à luz dos atributos essenciais definidos por Barbara Starfield (2002), sentidos pelos seus usuários, assim como utilizar um importante indicador de saúde, como o de MI, é uma maneira de auxiliar na avaliação de políticas públicas e subsidiar a continuidade e/ou reformulações para a efetividade e qualificação da AB, além de fortalecer a participação social no SUS.

Todavia, caso houvesse a continuação do PMAQ, ou ainda um novo programa nos mesmos moldes, a avaliação do usuário deveria ser considerada para a certificação das equipes, além disso, outras estratégias para a realização das entrevistas deveriam ser consideradas para avaliações futuras, como, por exemplo, que ela ocorresse na residência do usuário.

Em relação aos desafios a serem superados para o alcance dos atributos essenciais, o principal deles está na necessidade de maior investimento em saúde pública, dado o subfinanciamento crônico imposto ao SUS, desde sua criação. É urgente também que a EC95 que congelou os gastos públicos por 20 anos, mitigando ainda mais o financiamento do SUS, e a Portaria nº 2.979 cujo repasse financeiro para a AB se dá pela captação ponderada e desempenhos das equipes, sejam revogadas. Tais medidas de austeridade fiscal se tornaram cada vez mais evidentes, diante da grave crise sanitária em que o Brasil se encontra.

Em março de 2020, a OMS caracterizou a Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), como pandemia. Desde então, o Governo Federal fracassou miseravelmente no combate à pandemia e na preservação da vida, levando o sistema de saúde ao colapso. Foi incapaz de impor medidas efetivas de circulação de pessoas; orientar adequadamente a população sobre medidas de prevenção (distanciamento social, uso de máscara e higiene das mãos), subsidiando kits de higiene e máscara aos mais vulneráveis; fortalecer a AB e a vigilância epidemiológica para o monitoramento dos casos assintomáticos ou leves da doença,

para o encaminhamento a outros níveis de assistência, caso houvesse necessidade. Além, da demora do Governo em fechar os acordos com as empresas fabricantes de vacinas contra a Covid-19, deixando a campanha de vacinação extremamente morosa, levando o Brasil à triste marca de segundo país com maior número de óbitos por esse agravo.

É necessário ressaltar que, em razão desta crise sanitária, pode ter havido uma mudança no imaginário da população de classe média sobre a importância do SUS, principalmente por serem exibidos, com frequência pela imprensa, os serviços de saúde de alta complexidade, como as UTIs, assim como o compromisso dos profissionais de saúde da AB em vacinar a população, mesmo que em lugares de difícil acesso. Será que a classe média entendeu que o “SUS não é um sistema de saúde para pobres”?

Este é o momento de defesa do SUS universal, integral e equânime! São necessárias ações de reorganização dos serviços e políticas de saúde que atendam às peculiaridades dos municípios brasileiros, podendo o porte populacional ser um importante balizador desta iniciativa, já que, em inúmeros desses municípios, o único serviço de saúde disponível é o de AB, para que se tenha um sistema de saúde com melhor qualidade, integral e resolutivo, voltado às necessidades de saúde da população.

Pontando, os resultados do presente trabalho demonstraram que existe relação entre a certificação da equipe e a TMI, ressaltando a importância do investimento na qualificação da AB, por meio de políticas indutoras de qualidade, como o PMAQ. Também, ficaram demonstradas as diferenças nos alcances dos atributos essenciais da AB, na percepção dos usuários, de acordo com o porte populacional, assim como a relação entre os atributos de primeiro contato e integralidade com a TMI.

Infelizmente, houve a extinção do PMAQ, um programa de alcance nacional, que avaliou desde a infraestrutura das unidades, entrevistou gestores, profissionais das equipes e os usuários, além da avaliação dos alcances dos indicadores pactuados, sendo também uma importante fonte de financiamento da AB, mas que acima de tudo, era uma importante fonte de informações sobre a AB no Brasil.

Sendo assim, é importante destacar que a política de austeridade fiscal pode contribuir para o aumento da TMI, assim como para o aumento das internações por condições evitáveis na população infantil (RASELLA, 2018).

Enfim, ainda são grandes os desafios para que se consiga a efetivação da qualidade da AB no Brasil, principalmente em se tratando de um país tão vasto, sobretudo no contexto político neoliberal com redução dos gastos públicos, principalmente nas políticas sociais.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.
- ANDRADE, L. O. M. de *et al.* A atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 845-902.
- ANDRADE, S. M. de *et al.* A atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde: avaliação das práticas em saúde. *In*: ANDRADE, S. M. de. (org.). **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: EDUEL, 2017. p. 377-408.
- ARAÚJO, C. E. L. *et al.* Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-963, mar. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.15542016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Nota “Em defesa da Atenção Primária do direito Universal à saúde: pela revogação da portaria nº2979/19 do Ministério da Saúde”. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/Nota_em_defesa_atencao_primaria_21_novembro_2019-1.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.
- BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, jun. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811705.
- BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. de. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 188-202, out. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s213.
- BISPO, G. M. B. *et al.* Avaliação do acesso ao primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 3, p. e20180863, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0863.
- BISQUERRA, R. *et al.* **Introdução à estatística**: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BITTENCOURT, S. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: avaliação do grau de implantação das ações. **Cienc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 801-821.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Portal da Saúde**, Brasília, DF: DATASUS, 2019b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, DF, 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 143, n. 61, sessão 1, p. 71-76, 2006. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1.654 de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº874, de 10 de maio de 2019. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 95, seção 1, p. 60, 2019ª.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recreação em saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 25.694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa: saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. **Manual Instrutivo: saúde mais perto de você – acesso e qualidade.** Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). BRASIL Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica.** (PMAQ-AB). Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família: PROESF.** Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: AMQ.** Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primarycareassessment tool pcatool – Brasil.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf. Acesso em: 20 mar.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto de Promoção da Saúde: as cartas da promoção à saúde.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004.** Brasília, DF, nov. 2005c.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Desenvolvimento Humano Sustentável. **Estudos temáticos sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio da rede de laboratórios acadêmicos para acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio: saúde: objetivo 4: reduzir a mortalidade infantil; objetivo 5; melhorar a saúde materna; objetivo 6: combate HIV/AIDS; a malária e outras doenças.** Belo Horizonte: Puc Minas: UFPA: IDHS: PNUD, 2004b. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/pn000001.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, edição 220, p. 97, 13 nov. 2019b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

CARVALHO, B. R. *et al.* Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 462-469, dez. 2018. DOI: 10.1590/1414-462x201800040471.

CARVALHO, F. C. D. *et al.* Modificações nos Indicadores Sociais da região nordeste após a implementação da Atenção Primária. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0018925, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00189.

CASTRO, D. M. de *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. e00209819, jan. 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00209819.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-127.

CHAVES, L. A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00201515, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00201515.

CONILL, E. M. *et al.* Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2171-2186, jul. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.07992018.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 14 jan. 2019.

CRUZ, M. J. B. *et al.* A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. e00004019, 2019. DOI: 10.1590/0102-311x00004019.

FARIA, R.; SANTANA, P. Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 736-749, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016147609.

FARIAS C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 190-204, jun. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/190-204/>. Acesso em: 3 jan. 2021.

FERNANDES, J. A. *et al.* Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00120519, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00120519.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz. **Abrasco alerta para o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Abrasco-alerta-para-o-aumento-da-mortalidade->

[infantil-e-materna-no-Brasil](#). Acesso em: 12 jan. 2020.

GASPARINI, M. F. V. *et al.* Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 30-42, mar. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912002.

GIL, C. R. R. *et al.* A Organização dos serviços de Saúde em Londrina e região e sua contribuições para a descentralização e municipalização no Estado do Paraná e no País. In: ANDRADE, S. M. de. (org.). **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: EDUEL, 2017a. p. 93-132.

GIL, C. R. R. *et al.* A Atenção Básica no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE, S. M. de. (org.). **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: EDUEL, 2017b. p. 261-296.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. A Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493 -545.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. e00110417, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00110417.

IBGE. **Conheça cidades e estados do Brasil**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/cidades>. Acesso em: 21 jul. 2019.

IBGE. **Malha dos limites político administrativo**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.sudene.gov.br/images/arquivos/semiario/arquivos/mapa-semiarido-1262municipios-Sudene.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

JESUS, R. P. F. S. de. *et al.* Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 423-434, abr. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0026.

KALE, P. L. *et al.* Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. e00179115, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00179115.

KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 186-193, mar./ abr. 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900026.

LAZARINI, F. M. *et al.* A Atenção Básica no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE, S. M. de (org.). **Bases da Saúde Coletiva**. 2. ed. Londrina: EdUEL, 2017. p. 329 – 353.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 52-66, Set. 2018 . Número Especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2021.

LIMA, J. C. *et al.* Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 931-939, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.12742016.

LONDON. Ministry of Health. Consultative Council on Medical and Allied Services. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 28 jan. 2021.

MACINKO, J.; MEDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, p. 18-37, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s102.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010. DOI: 10.1590/S0034-89102010000300021.

MARIO, D. N. *et al.* Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018243.13122017.

MARQUES, A. P. V. *et al.* Hospitalização de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 817-826, out. 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005133.

MEDRADO, J. R. S. *et al.* Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, dez. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420161070360.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MICROS, P. V. *et al.* Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 86, 2017. DOI: 10.11606/s1518-8787.2017051006831.

MOROSINI, M. V. G. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

NEVES, R. G. *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00072317, mar. 2018a. DOI: 10.1590/0102-311x00072317.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. e2017170, 2018b. DOI: 10.5123/s1679-49742018000300008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atenção primária à saúde: agora mais do que

nunca. **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra, 2008. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf. Acesso em: 17 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.

PAIM, J. S. Avaliação em Saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M de A.; VIEIRA-DA SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf>. Acesso em: 15. mar. 2020.

PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.14282016.

RASELLA, D. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLOS Med*, v. 15, n. 5, p e1002570, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>

RECKTENWALDT, M.; JUNGLES, J. R. A organização e a prática da vigilância em saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 367-381, jun. 2017. DOI: 10.1590/s0104-12902017171916.

REDE DE PESQUISA EM ATENCAO PRIMARIA A SAÚDE DA ABRASCO Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 406-430, Set. 2018 . Número especial 1. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KgSv54q6Sj6874xBjR7BL9P/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 21 maio 2021.

SANDERS, L. S. C. *et al.* Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 83-89, mar. 2017. DOI: 10.1590/1414-462x201700010284.

SANTOS, M. L. de M. dos. *et al.* Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. e2018258, 2020. DOI: 10.5123/s1679-49742020000200022.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, abr. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.36942019.

SILVA, E. S. A. *et al.* Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.

623-630, fev. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018242.04782017.

SILVA, G. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. e00095418, 2019. DOI: 10.1590/0102-311x00095418.

SILVA, L. M. V. Conceitos Abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: ZULMIRA, H. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, R. M. M. da. *et al.* Challenges in the coordination of children's healthcare. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1217-1224, abr. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015204.00742014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 361-378, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s125.

VARELA, A. R. *et al.* Fetal neonatal, and post-neonatal mortality in the 2015 Pelotas (Brazil) birth cohort and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. e00072918, 2019. DOI: 10.1590/0102-311x00072918.

VIANNA, L. A. C. **Determinantes sociais de saúde**: processo saúde doença. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 27 jan. 2020.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
NORTE DO PARANÁ - UENP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EFETIVAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E DOS INDICADORES DE

Pesquisador: Marla Fabiula de Barros Hatisuka

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12099019.7.0000.8123

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.284.083

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de corte transversal e de abordagem quantitativa. O presente projeto visa analisar a efetivação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário e a classificação de desempenho das equipes de saúde com os indicadores de morbimortalidade nos municípios brasileiros. Serão avaliados os seguintes dados secundários: os pertencentes ao Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário, também serão utilizados os dados da avaliação da classificação de desempenho das equipes de saúde que participaram do 3º ciclo deste programa e que serão disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica, os dados de internação por hipertensão e diabetes Mellitus em residentes no ano de 2018 e a taxa de mortalidade infantil de 2014 à 2016, serão coletados através do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O Desfecho Primário: “Que haja associação entre a efetividade da atenção primária com as internações por Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e a taxa de mortalidade infantil” e o Desfecho Secundário: “Que haja associação entre a efetivação da atenção primária e as características dos usuários deste serviço”.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a associação entre a efetivação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário e a classificação de desempenho das equipes de saúde com os indicadores de

Endereço: Rodovia BR 369, km 54

Bairro: Vila Maria

CEP: 86.360-000

UF: PR

Município: BANDEIRANTES

Telefone: (43)3542-8056

E-mail: cep@uenp.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
NORTE DO PARANÁ - UENP



Continuação do Parecer: 3.284.083

morbimortalidade nos municípios brasileiros.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o usuário dos serviços da Atenção Básica, quanto às características sócio demográficas.
- Verificar o cumprimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários participantes do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
- Analisar a associação entre as características sócio demográficas e a percepção dos usuários sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde.
- Analisar a correlação entre a efetivação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário e a Taxas de Mortalidade Infantil.
- Analisar a correlação entre a efetivação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário e a frequência de internações por Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus.
- Analisar a correlação entre a classificação de desempenho das unidades participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a Taxas de Mortalidade Infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora cita como riscos:

"Como trata-se de uma pesquisa com dados secundários não estão previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis, já que não será possível a identificação dos participantes".

E como benefícios:

"Tendo em vista que os serviços de APS podem resolver a maioria das necessidades de saúde da população e que tais atividades baseiam-se no acesso universal, na continuidade, na integralidade, no vínculo entre os profissionais e a população e no acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, medir a efetividade dos atributos podem colaborar para a qualificação dos profissionais que atuam na APS, aprimorar as políticas de saúde e estimular outras pesquisas que auxiliem na busca por uma APS de qualidade. Assim, além da compreensão da efetivação dos atributos da APS através da perspectiva do usuário, é importante verificar de que maneira estes atributos impactam sobre as estatísticas de morbimortalidade, já que é a partir destes indicadores que se pode avaliar o nível de saúde da população. Também é necessário verificar se este

Endereço: Rodovia BR 369, km 54

Bairro: Vila Maria

CEP: 86.360-000

UF: PR

Município: BANDEIRANTES

Telefone: (43)3542-8056

E-mail: cep@uenp.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
NORTE DO PARANÁ - UENP



Continuação do Parecer: 3.284.083

programa está de fato impactando na melhoria da saúde da população”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora cita como critérios de inclusão “Na avaliação do Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário, somente farão parte da pesquisa as questões selecionadas a partir da correspondência referentes à efetividade da APS, segundo os atributos essenciais e derivativos descritos pela pesquisadora Bárbara Starfield (2002). Em relação às internações por Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, somente serão considerados os CIDs que estão presentes na lista brasileira de condições sensíveis à saúde e que ocorreram no ano de 2018. E para análise da taxa de mortalidade infantil, serão considerados os nascidos vivos de 2014 a 2016 e os óbitos em menores de 1 ano também no mesmo período”.

A pesquisadora cita que haverá uso de fontes secundárias de dados, detalhando que “Todos os dados utilizados para a presente pesquisa serão através da avaliação dos dados secundários e públicos que são divulgados pelo Ministério da Saúde através do site de Departamento de Atenção Básica (DAB) e do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Assim, os dados referentes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) serão coletados através do site: www.dab.saude.gov.br. E os dados referentes as interações por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e os dados para o cálculo da taxa de mortalidade infantil serão coletados através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no site: datasus.saude.gov.br. Os dados referentes à população de cada município será através do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no site: cidades.ibge.gov.br”.

A pesquisadora propõe dispensa do TCLE, justificando que “a pesquisa utilizará somente dados secundários, assim não será possível a identificação dos usuários que participaram do PMAQ, como também não será possível a identificação dos indivíduos que sofreram internações, nem será possível a identificação a respeito dos nascidos vivos e dos óbitos de menores de um ano”.

O projeto será custeado com recursos próprios, sendo inserido orçamento referentes à impressão e encadernamento.

O projeto iniciará em 01/06/2019 até 02/03/2024 e terminará em 31/12/2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto (Arquivo Folha na pasta Outros) foi assinada pela pesquisadora responsável Marla Fabiula de Barros Hatisuka e por Mayra C.C. Galo de Carvalho, Diretora do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual do Norte do Paraná (CLM/UENP).

Endereço: Rodovia BR 369, km 54

Bairro: Vila Maria

CEP: 86.360-000

UF: PR

Município: BANDEIRANTES

Telefone: (43)3542-8056

E-mail: cep@uenp.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
NORTE DO PARANÁ - UENP



Continuação do Parecer: 3.284.083

Foi inclusa uma Solicitação de dispensa do TCLE, na qual diz "que somente dados secundários pertencentes ao 3º ciclo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, referentes aos dados obtidos pelo Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário, assim como os dados referentes aos resultados da classificação de desempenho das equipes de saúde. Estes dados são públicos e serão disponibilizados pelo site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Também serão utilizados os dados referentes às internações por Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponíveis no Sistema de Internações Hospitalares que fornece informações sobre internações de hospitais públicos e conveniados com o SUS, os dados que serão analisados para a presente pesquisa serão as internações ocorridas no ano de 2018. Este banco de dados é de acesso público e está disponível no sítio do Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As informações referentes à população residente nos municípios brasileiros serão obtidas pelo site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a análise da Taxa de Mortalidade Infantil dos municípios brasileiros, serão coletados os dados referentes aos óbitos de menores de um ano, registrados no Sistema de Informação de Mortalidade, assim como os dados sobre o total de nascidos vivos, disponíveis no Sistema de Informação de Nascidos Vivos do período de 2014 a 2016, ambos os sistemas estão disponíveis no site do DATASUS. Enfim, vale destacar que, em todos os dados secundários obtidos através dos bancos de dados acima citados, não é possível a identificação dos sujeitos (que participaram do PMAQ, que sofreram internações, ou ainda os nascidos vivos e os óbitos em menores de um ano)".

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o presente projeto não apresenta conflito ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) pesquisador(a), o projeto está aprovado sem restrições.

Atenciosamente,

CEP/UENP

Endereço: Rodovia BR 369, km 54

Bairro: Vila Maria

CEP: 86.360-000

UF: PR

Município: BANDEIRANTES

Telefone: (43)3542-8056

E-mail: cep@uenp.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
NORTE DO PARANÁ - UENP



Continuação do Parecer: 3.284.083

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Folha.pdf	25/04/2019 12:16:48	Liza Ogawa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1322326.pdf	04/04/2019 22:39:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final.docx	04/04/2019 22:37:29	Maria Fabiula de Barros Hatisuka	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_DO_TCLE.docx	04/04/2019 22:37:00	Maria Fabiula de Barros Hatisuka	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/04/2019 22:36:43	Maria Fabiula de Barros Hatisuka	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BANDEIRANTES, 25 de Abril de 2019

Assinado por:
Liza Ogawa
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia BR 369, km 54
Bairro: Vila Maria CEP: 86.360-000
UF: PR Município: BANDEIRANTES
Telefone: (43)3542-8056 E-mail: cep@uenp.edu.br

ANEXO B – Autorização de Republicação

Rio de Janeiro 19/11/2020

Prezada autora: Marla Fabiula de Barros Hatisuka

Recebi seu pedido para republicar o seu artigo "*Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil.*" Como editora científica da Revista concedo-lhe permissão para essa republicação com a condição de que nela constem exatamente todos os créditos da Revista Ciência & Saúde Coletiva, como convém aos trabalhos científicos replicados. Tenho o prazer de saber que seu artigo, originalmente aprovado por nós, seja de interesse de um público maior.

Atenciosamente,



Maria Cecília de Souza Minayo
(EDITORA CIENTÍFICA)

Editora Científica de Ciência & Saúde Coletiva