



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Prevalência de integralidade em serviços de Atenção Primária à Saúde de municípios do sul do Brasil: estudo multinível

Prevalence of integrality in services of primary health care of municipalities of the south of Brazil: a multilevel study

Vanessa Rodrigues Pucci¹, Kauana Flores da Silva², Adalvane Nobres Damaceno³, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani⁴, Teresinha Heck Weiller⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência e os fatores associados à presença da integralidade nos serviços de saúde em municípios da 4ª coordenadoria regional de saúde no Rio Grande do Sul. Método: estudo observacional transversal multinível em dois níveis: individual (profissionais de saúde) e contextual (municípios). A coleta de dados ocorreu em 2015. Os dados individuais foram obtidos por entrevistas com a utilização de um questionário sociodemográfico e aplicação do instrumento Primary Care Assessment Tool – Brasil versão profissionais; os dados contextuais foram coletados em sites oficiais do Governo Federal Brasileiro. Considerou-se o desfecho a presença do atributo da integralidade nos serviços. As razões de prevalência foram obtidas por regressão de Poisson. Resultados: na análise ajustada final, municípios de pequeno porte populacional (até 5 mil habitantes) apresentaram maior prevalência de integralidade (RP: 1,67 IC95%:1,14-2,45). Considerações finais: os municípios menos populosos foram os que estiveram mais direcionados para organização dos serviços de saúde de forma integral. Sugerem-se mais pesquisas incorporando outros fatores contextuais para que se obtenham análises mais detalhadas acerca de municípios de pequeno porte, pois são a maioria no Brasil.

¹ Nutricionista, Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: vanessarpucci@hotmail.com

² Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Doutorando na Escola de Enfermagem da UFRGS.

⁴ Doutor em Epidemiologia, Mestre em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Maria (2011). Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (2004).

⁵ Enfermeira. Pós-doutoranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação dos Serviços de Saúde. Integralidade. Atenção Primária à Saúde. Modelos Estatísticos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the prevalence and associated factors with integrality in health services at municipalities of the 4th regional health coordinating body of the state of Rio Grande do Sul. **Method:** cross - sectional study at two levels: individual (health) and contextual (municipalities). The study was performed in Primary Health Care Services, with professionals of higher education working in the units. Data collection was performed between February and July 2015. The data were submitted through interviews with the use of a sociodemographic questionnaire and application of the PCATool – (professional brazilian version), the contextual data were evaluated on websites of the Brazilian Federal Government. Prevalence ratios were calculated by Poisson regression models. **Results:** In the final adjusted model, small municipalities (up to 5,000 inhabitants) had a higher prevalence of integrality (PR: 1.67 CI95%: 1.14-2.45). **Final considerations:** small municipalities were the ones that most directed the organization of health services towards integrality. Further evaluations that incorporate other contextual factors are needed to find more details about these municipalities, since they are the majority in Brazil.

KEYWORDS: Primary Health Care. Integrality. Evaluation of Health Services. Models Statiscal. Health Professionals.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, ofertando atenção sobre a pessoa sem direcionar especificamente as enfermidades. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, por meio da oferta de serviços de prevenção, cura e reabilitação potencializando a saúde e o bem-estar, sendo considerada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema¹. A maneira pela qual é formulada para prestar e realizar os serviços torna-a componente-chave de uma estratégia que visa melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde². Contudo, vista como uma estratégia para orientar a organização do sistema de saúde, exige a compreensão da saúde como um direito social³.

No Brasil, desenvolveu-se por meio de dois modelos de organização de suas ações, a saber: o modelo da Programação da saúde (1970) e o modelo do Programa de Saúde da Família (1994)⁴. Posteriormente tal programa tornou-se uma estratégia de reorganização do sistema de saúde, que almeja a conversão de um modelo, historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado, em um sistema que caminha em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam eles: universalidade, equidade e integralidade da atenção⁵.

Ademais, a APS é detentora de qualidades próprias, neste sentido se caracteriza por meio de atributos essenciais e derivados, dentre os quais o atributo da Integralidade,

considerando-o como um elemento estruturante do sistema de saúde. Entendem-se como atributos essenciais, além da integralidade, Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado. Já Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural são considerados atributos derivados¹.

Assim, neste contexto, a integralidade compreende uma gama de serviços disponíveis e prestados no âmbito da APS. As ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, quando ofertadas, devem contemplar atenção integral ao usuário do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença¹. Para tanto, tal atributo pressupõe uma organização do trabalho nos serviços de saúde que admita uma relação de assimetria no que se refere às relações entre profissionais e usuários dos serviços⁶.

Por ser um ambiente de diversas complexidades, a avaliação na APS é reconhecida como um dos melhores mecanismos de resposta às necessidades de informações de seus gestores⁷. Ademais, a avaliação é um componente crítico do processo de gestão e potencial fonte de insumos para a melhoria de processos e qualidade dos resultados⁸ nos serviços de APS. Nesse sentido, desenvolveu-se um instrumento validado nos Estados Unidos⁹, Brasil¹⁰ e Uruguai⁸ que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS denominado *Primary Care Assessment Tool – PCATool*.

O instrumento supracitado está alicerçado na combinação de elementos estruturais e processuais, e por meio de escores obtidos possibilita estabelecer o grau de orientação à APS, viabilizando a comparação de serviços, determinação de metas a serem cumpridas, e a associação entre a efetividade da atenção e a presença dos atributos^{11,12}. No instrumento, os valores dos escores obtidos de acordo com orientações são padronizados em uma escala que varia de 0 a 10, desse modo, aqueles valores iguais ou superiores a 6,6 são considerados altos escores, conferindo a presença do atributo no serviço avaliado¹².

Por fim, desfechos com relação às quedas de internações por condições sensíveis à APS¹³ e melhoras no que se refere a integração com a rede assistencial³ vêm se apresentando de forma favorável, no que se refere a APS e sobretudo a ESF. Todavia, algumas fragilidades ainda se mostram presentes, principalmente no que se refere a dificuldades de acesso e integralidade do cuidado¹⁴. Dessa maneira, justifica-se a necessidade de ampliar as avaliações neste cenário.

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais as características dos profissionais de saúde e seus respectivos contextos socioespaciais associados à presença da integralidade nos serviços de APS? Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à presença da integralidade em serviços de APS nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal multinível em dois níveis: individual (profissionais de saúde) e contextual (municípios). A pesquisa teve como cenário os serviços de APS dos municípios pertencentes às duas Regiões de Saúde que compõem a 4ª CRS/RS: i) Verdes Campos e ii) Entre Rios. Destaca-se que o estado do Rio Grande do Sul está situado na região Sul do Brasil com área territorial de 282.674 km² sendo constituído por 497 municípios. Em sua maioria tais municípios são considerados pequenos, sendo que, no ano de 2001, 45,7% destes detinham uma população inferior a 5.000 mil habitantes. A saúde foi regionalizada em sete macrorregiões, das quais a 4ª CRS/RS situa-se na Macrorregião Centro-Oeste¹⁵.

A Região de Saúde Verdes Campos constitui-se de 21 municípios com população de 435.021 habitantes e sua sede está localizada em Santa Maria, sendo este o município com o maior contingente populacional (63,2%). Assim, a sede configura-se como polo educacional, bem como de serviços de saúde de média e alta complexidade. A Região de Saúde Entre Rios é constituída por 11 municípios, com população de 127.574 habitantes, tendo como sede o município de Santiago, com 39,7% da população, o qual concentra a maioria dos serviços de saúde da região¹⁵.

Em ambas as regiões a agropecuária exerce papel fundamental na economia e é considerada como a principal fonte de renda em 57% dos municípios na região Verdes Campos e em 63,6% dos municípios da região Entre Rios (IBGE, 2015). A região Verdes Campos possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,703, sua população urbana corresponde a 81,3% e a densidade geográfica corresponde a 32 hab/km². Com relação à região Entre Rios, 74,1% da população habita em área urbana e 25,9% em área rural, possuindo densidade demográfica de 9 hab/km² e IDH de 0,678¹⁵.

Com relação à APS, a região Verdes Campos apresenta 89 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 39,1%, já a Região Entre Rios apresenta 49 UBS, com 79,14% de cobertura de ESF¹⁵. Em ambas as regiões a rede de APS é composta por diferentes modelos de atenção: Unidades Básicas de Saúde com equipes de ESF (UBS/ESF), as UBS tradicionais (UBS/T), e as unidades mistas (UBS/M), onde atuam os dois modelos anteriores¹⁶.

A população do estudo compreende os profissionais de ensino superior que atuavam nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos 32 municípios pertencentes à 4ªCRS/RS relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES/2014). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado através de amostragem aleatória estratificada, com base na estimativa do número de profissionais de cada município, visando à obtenção de uma amostra representativa para toda a 4ª CRS. Foram considerados os seguintes parâmetros: quantidade de profissionais da APS para o ano de 2014 (686 profissionais a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), prevalência

estimada de 50%, erro amostral de 0,3 e nível de significância $\alpha=0,05$. O cálculo foi feito no programa EpiInfo® e a amostra foi constituída por 247 profissionais. Como critérios de inclusão consideraram-se profissionais de nível superior e que estivessem atuando nos serviços há mais de seis meses.

Os dados individuais foram obtidos mediante entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que trabalhavam nos serviços de APS dos municípios da 4ª CRS/RS através de dois instrumentos: i) um questionário sociodemográfico objetivando a caracterização do perfil dos profissionais; e ii) a aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão profissionais. Primeiramente foram sorteadas as unidades de saúde de cada município e após foram entrevistados todos os profissionais que lá estavam trabalhando no período da coleta de dados. Ressalta-se que o PCATool pode ser adaptado e aplicável a diversos contextos populacionais¹⁷. O instrumento possibilita medir a presença e a extensão dos atributos, dentre os quais o da integralidade, de modo que o atributo é formado por um componente relacionado à estrutura (Serviços Disponíveis) e um componente relacionado ao processo de atenção (Serviços Prestados). Na versão utilizada, o atributo compreende 37 itens, isto é, 22 itens referentes aos serviços disponíveis e 15 itens referentes aos serviços prestados¹¹.

A coleta de dados ocorreu entre 6 de fevereiro e 23 julho de 2015, de maneira informatizada a partir do *software* Epi Info® 7.0, com a utilização de *tablets* da marca CCE TR92-Android 4.2 Dual Core 1.2 GHz, 8GB WI-FI. Após as coletas, os dados foram organizados em um banco de dados criado no *software* Microsoft Excel 2013 e Sistema operacional Windows 8.

Os dados contextuais (municípios) foram coletados em sites oficiais da internet do Governo Federal brasileiro e da ONU: i) Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão¹⁸; ii) Ministério da Saúde²⁰ e Organização das Nações Unidas¹⁹. Diretamente nos sites da internet foram realizados os *downloads* das planilhas através de um computador da UFSM, que imediatamente foram armazenadas em um único documento contendo os dados referentes aos 32 municípios incluídos no presente estudo, possibilitando a formação de um banco ecológico.

Foram consideradas variáveis independentes contextuais: Região de Saúde (Verdes Campos e Entre Rios), porte populacional dos municípios (até 5 mil/hab; 5 a 10 mil/hab; mais de 10 mil/hab) de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2010¹⁸, o Índice de Gini do ano de 2010 (Ruim: 0,53-1; Bom: 0-0,52) de acordo com PNUD (2013)²⁰ e proporção de internações por condições sensíveis à APS referente ao ano de 2011 (28% ou mais; até 27,9%), de acordo com o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (2011)¹⁹.

As variáveis independentes individuais foram: sexo (feminino ou masculino), faixa etária (20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60-80 anos), modelo de atenção (UBS Tradicional, UBS ESF, UBS Mista) no qual o profissional se insere, formação

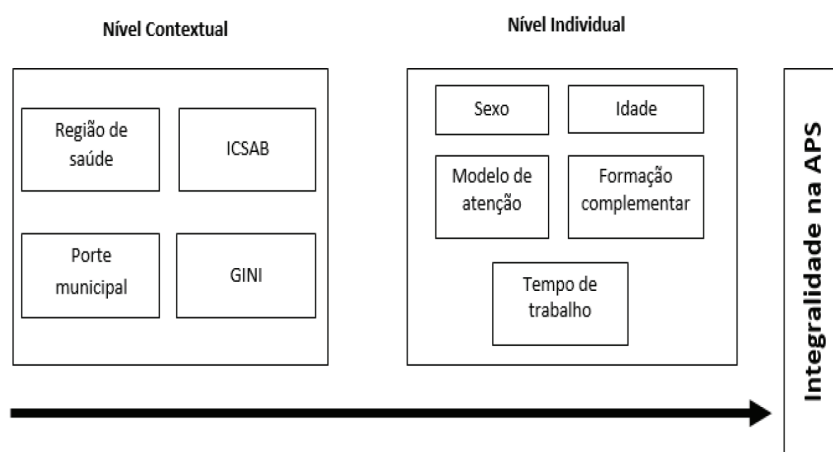
complementar em nível de pós-graduação *Stricto Sensu* ou *Lato Sensu* (sim ou não) e tempo de trabalho em APS (até 1 ano; até 5 anos; até 10 anos; mais de 10 anos).

O desfecho foi a presença do atributo da integralidade nos serviços de APS. O processo de obtenção das escalas inicia no cálculo dos escores de integralidade obtidos conforme instruções contidas no manual do instrumento PCATool. Deste modo, os escores da integralidade foram definidos através da média aritmética dos valores obtidos nos itens de cada componente do instrumento (serviços disponíveis e serviços prestados). Logo, por meio de respostas tipo escala Likert (4 = com certeza sim; 3 = provavelmente sim; 2 = provavelmente não; 1 = com certeza não; e 9 = não sei/não lembro), o instrumento PCATool Versão Brasil-Profissionais construiu escores com intervalo de 1 a 4 para o atributo da integralidade^{12,11}.

Outrossim, quando a soma dos *missing* com respostas valor 9 atingisse 50% ou mais do total de itens do componente, a respectiva entrevista era excluída. Se a soma destes era inferior a 50%, transformava-se o valor 9 para valor 2 (provavelmente não). Por fim, o escore da Integralidade foi transformado em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula a seguir: $(\text{escore obtido} - 1) * 10/4 - 1$. Assim, o desfecho do presente estudo foi categorizado de forma dicotômica a partir das escalas obtidas no PCATool (Escala $\geq 6,6$ = alto escore considerado satisfatório e Escala $< 6,6$ = baixo escore considerado insatisfatório). Neste estudo, foram utilizados somente os escores do componente serviços disponíveis, pois o objetivo foi analisar a oferta de serviços.

Foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações entre as variáveis, haja vista não se obter na literatura fonte de informações acerca dessa temática a partir de um modelo teórico que envolva aspectos contextuais e individuais (Figura 1). Portanto, para esta proposta, foram utilizadas fontes que abordassem o conceito e definição de integralidade no contexto da Atenção Primária à Saúde¹ bem como aspectos da avaliação de serviços de saúde²¹ e indicadores demográficos¹⁸, econômico¹⁹ e de saúde²⁰.

Figura 1 – Modelo teórico da integralidade na oferta de serviços de atenção primária à saúde de acordo com características individuais e contextuais



Fonte: elaborado pelos autores, 2017.

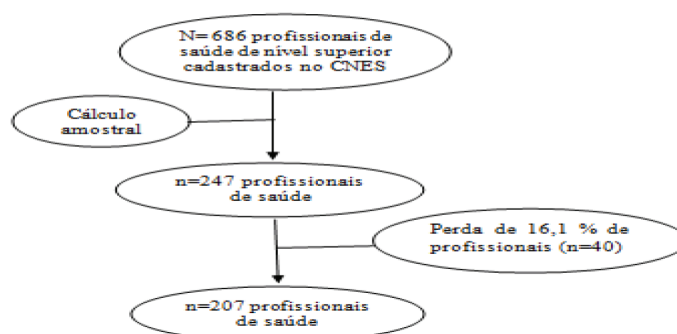
Os dados foram analisados no *software* Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson^{22,23,24} Multinível (comando *xtpoisson*, com o subcomando *re* para os efeitos aleatórios)²⁵ foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi *stepwise* hierárquica²⁶ em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, mais as variáveis do nível individual).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob número 34137314.4.0000.5346, por estar adequado ética e metodologicamente, de acordo com a resolução 466/2012 (Brasil, 2012). Contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/ CNPq edital 2014.

RESULTADOS

A partir da amostra de 247 profissionais de saúde, 207 entrevistas foram realizadas. Foram consideradas 16,1% de perdas e exclusão por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa ($n=40$), as quais se referem aos profissionais em período de licenças, férias, afastamentos, bem como profissionais atuantes em mais de um serviço, no mesmo município ou em municípios diferentes, por responderem apenas uma vez. O detalhamento deste percurso será apresentado na forma de fluxograma (Figura 2).

Figura 2 – Detalhamento do percurso amostral na forma de fluxograma ($n=207$).



Fonte: elaborado pelos autores, 2017

A prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi 71,4% (IC 95%: 65,2-77,6). Em relação às características contextuais, 58,9% dos profissionais atuavam na Região de Saúde Verdes Campos, 34,3% trabalhavam em municípios com até 5 mil habitantes, 59,9% dos profissionais atuavam em municípios com índice de Gini

considerado bom 0-0,52 e 54,6% dos profissionais estavam em municípios que possuíam mais de 28% de internações por condições sensíveis à atenção primária (Tabela 1). No que se refere às características individuais dos profissionais de saúde, 72,3% eram do sexo feminino, 39% estavam na faixa etária de 30-39 anos de idade, 45,9% atuavam em unidades de Estratégia Saúde da Família, 66,8% possuíam formação complementar e 29,5% referiram tempo de serviço em APS de até 5 anos (Tabela 2).

Tabela 1 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e Razões de Prevalência (RP) bruta e ajustada para as variáveis contextuais, Brasil, 2015 (n=207)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de integralidade (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor p*
Região de Saúde					
Verdes Campos	122 (58,9)	68,8(60,5-77,1)	1	1	-
Entre Rios	85 (41,1)	75,2(66,0-84,5)	1,09(0,78-1,51)	1,14(0,81-1,60)	0,444
Porte populacional					
Mais de 10mil hab	93 (44,9)	54,8(44,6-65,0)	1	1	-
5 a 10mil hab	43 (20,8)	74,4(61,1-87,6)	1,35(0,87-2,11)	1,35(0,85-2,13)	0,197
Até 5mil hab	71 (34,3)	91,6(84,9-98,1)	1,66(1,15-2,40)	1,67(1,14-2,45)	0,007
Índice de Gini					
Ruim 0,53 – 1	83 (40,1)	63,8(53,3-74,3)	1	1	-
Bom 0 - 0,52	124 (59,9)	76,6(69,0-84,1)	1,19(0,85-1,67)	1,07(0,75-1,53)	0,684
Internações por condições APS					
28% ou mais	113 (54,6)	69,0(60,4-77,6)	1	1	-
Até 27,9%	94 (45,4)	74,4(65,5-83,3)	1,07(0,78-1,48)	1,00(0,71-1,42)	0,977

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco

* referente às Razões de Prevalência ajustadas

Fonte: elaborado pelos autores, 2017

Tabela 2 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis individuais, Brasil, 2015 (n=207)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de integralidade (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 2 RP ajustada (IC95%)	Valor p*
Sexo					
Masculino	57(27,7)	75,4(64,0-86,7)	1	1	-
Feminino	149(72,3)	69,7(62,3-77,2)	0,92(0,64-1,32)	0,90(0,61-1,34)	0,620
Faixa etária					
20-29	41(20)	75,6(62,2-88,9)	1	1	-
30-39	80(39)	76,2(66,8-85,6)	1,0(0,65-1,55)	0,87(0,53-1,42)	0,585
40-49	45(22)	68,8(55,1-82,6)	0,91(0,55-1,49)	0,81(0,44-1,46)	0,489
50-59	26(12,7)	57,6(38,2-77,1)	0,76(0,41-1,41)	0,73(0,35-1,48)	0,387
60-80	13(6,3)	69,2(42,9-95,5)	0,91(0,43-1,92)	0,70(0,27-1,80)	0,475
Modelo de atenção					
Tradicional	50(24,1)	52(37,0-66,0)	1	1	-
Saúde da família	95(45,9)	71,5(62,0-80,7)	1,37(0,87-2,16)	1,39(0,86-2,25)	0,175
Mista	62(29,95)	87(78,6-95,5)	1,67(1,04-2,67)	1,50(0,91-2,48)	0,110
Formação complementar					
Sim	137(66,8)	68,6(60,7-76,4)	1	1	-
Não	68(33,2)	76,4(66,2-86,6)	1,11(0,79-1,56)	1,06(0,75-1,52)	0,708
Tempo de trabalho em APS					
Até 1 ano	61(29,5)	67,2(55,2-79,1)	1	1	-
Até 5 anos	61(29,5)	73,7(62,5-84,9)	1,09(0,71-1,67)	1,06(0,67-1,67)	0,792
Até 10 anos	39(18,84)	71,7(57,5-86,1)	1,06(0,66-1,72)	1,08(0,61-1,89)	0,788
Mais de 10 anos	46(22,2)	73,9(61,0-86,8)	1,09(0,69-1,75)	1,12(0,60-2,07)	0,712

Modelo 2: as variáveis contextuais com p<10% do modelo 1, mais as variáveis do nível individual.

* referente às Razões de Prevalência ajustadas

Fonte: elaborado pelos autores, 2017

As maiores prevalências de integralidade foram encontradas na Região Entre Rios, com 75,2% (IC95%: 66,0-84,5); em municípios com população de até 5 mil habitantes, 91,6% (IC95%: 84,9-98-1); em municípios com média do índice de Gini de até 0,52, com 76,6% (IC95%: 69,0-0,84); e em municípios com até 27,9% de ICSAP, com 74,4% (IC95%: 65,5-83,3) (Tabela 1). As unidades de saúde com modelo de atenção misto apresentaram 87% (IC95%: 78,6-95,5) de prevalência do atributo da integralidade. Profissionais do sexo masculino, 75,4% (IC95%: 64,0-86,7), entre a faixa etária que compreende 30-39 anos, 76,2 (IC95%: 66,8-85,6), sem formação complementar, 76,4 (IC95%: 66,2-86,6), e atuando há mais de 10 anos nos serviços 73 (IC95%: 61,0-86,8) foram os que apresentaram a maior prevalência do atributo (Tabela 2).

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores contextuais (Tabela 1: Figura 1), a maior razão de prevalência ajustada (RP ajustada - 1,67/ IC 95%: 1,14-2,45) foi para os profissionais que atuavam em municípios com população de até 5 mil habitantes, em comparação aos municípios com porte populacional de 5 a 10 mil habitantes e municípios com população superior a 10 mil habitantes. Neste modelo, esta variável foi a única que apresentou diferença estatisticamente significativa. Entre os fatores do nível individual dos profissionais de saúde (Tabela 2: Figura 1), não houve diferença estatisticamente significativa.

Avariância (*deviance*) foi -197.655 no modelo vazio (sem as variáveis independentes). Este valor reduziu para -193.355 na análise multivariável do modelo multinível 1 e para -187.027 na análise multivariada do modelo multinível final (Modelo 2).

DISCUSSÃO

A partir das análises realizadas chegou-se a estimativas para a prevalência do atributo da integralidade nos municípios avaliados. Ademais, a variável porte populacional foi a única variável que apresentou efeito, mantendo a magnitude do seu efeito após ajuste, apresentando uma significância estatística quando relacionada ao desfecho deste estudo.

A população do estudo se caracterizou por maioria de indivíduos do sexo feminino, estando em consonância com a literatura²⁷, com prevalência de faixa etária de 30-39 anos. A maioria dos profissionais atua em unidades de saúde, com tempo de trabalho de até 5 anos, contrariando estudo²⁸ que encontrou de 9 a 24 anos de trabalho entre profissionais de saúde em municípios no estado do Paraná.

No trabalho em tela, 47% (n=15) dos municípios avaliados possuem população abaixo de 5 mil habitantes, dos quais 67% (n=10) pertencem a Região de Saúde Verdes Campos e 33% (n=5) pertencem à Região de Saúde Entre Rios, porém comportando em municípios de grande porte a sede de suas regiões. Estudo traz que municípios de pequeno porte exercem um papel de caráter local, no que concerne às necessidades

da população, ademais, dependem de municípios de médio ou grande porte para a obtenção de diversos serviços.²⁹

Estudo que teve como objetivo descrever aspectos do acesso do usuário às unidades de APS de municípios brasileiros de pequeno porte traz que nas regiões Sul e Sudeste tais municípios apresentaram características semelhantes relativas ao funcionamento dos serviços de saúde as unidades. Ou seja, estão abertos durante todos os dias da semana, inclusive aos sábados e/ou aos domingos, com um horário de funcionamento mais amplo e, dessa forma, atendendo às necessidades dos usuários, no que se refere à realização da marcação de consultas, facilitando o acesso dos usuários dos serviços³⁰. Entende-se que tais características contribuem para a presença da integralidade do cuidado, visto que esse atributo perpassa todos os outros.

Municípios de pequeno porte, quanto ao grau de implantação do Programa Saúde da Família no estado de Santa Catarina, foram mais bem classificados quanto à estrutura dos serviços de saúde, o que compreende os serviços ofertados, quando comparados a municípios de grande e médio porte. Como parâmetro utilizaram a classificação estrutura, processo e resultado de acordo com Donabedian³¹.

Castanheira et al. (2014) apresentaram os resultados de pesquisa avaliativa acerca da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde em 115 municípios do estado de São Paulo. O estudo aponta que aqueles serviços situados em municípios com pequeno porte têm duas vezes mais chances de pertencerem ao melhor grupo de qualidade, fato que para os autores refere-se à adequação da ESF nestes contextos. Os autores propõem a divisão dos serviços em três grupos de qualidade, sejam eles: grupo 1 o que melhor se aproxima do padrão esperado, grupo 2 o de qualidade aceitável e o grupo 3 com qualidade insuficiente para os padrões aceitáveis³².

Estudo que objetivou a elaboração de um modelo de avaliação da atenção básica para o estado de Santa Catarina, ancorado no Plano para o fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do mesmo estado³⁰, concluiu que municípios com menos de 5 mil habitantes foram os que tiveram melhor desempenho quando comparados com municípios entre 5-10 mil habitantes e 10-50 mil habitantes. Outrossim, municípios de pequeno porte (até 5 mil habitantes) obtiveram avaliação satisfatória tanto com relação a provimentos (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento das doenças e agravos de saúde) contemplando o princípio da integralidade, quanto à dimensão que engloba a gestão da saúde básica nos municípios avaliados (n=207), com destaque para os recursos humanos. Nesse contexto, os autores trazem que os gastos em saúde podem estar associados ao bom desempenho dos municípios³³. Melhor remuneração dos profissionais pode incentivar os trabalhadores no desenvolvimento de suas ações, o que favorece a qualidade do cuidado aos usuários dos serviços.

Para alguns autores, a eficiência dos municípios de pequeno porte não está necessariamente relacionada à disponibilidade maior ou menor de recursos, mas à

melhor maneira de esses recursos serem investidos³⁴. Outrossim, é preciso considerar as prioridades políticas do município, bem como as necessidades da população, embora a finalidade da atenção básica seja a mesma em todos os municípios³³.

Lubambo (2006) afirma que os municípios vêm assumindo maior autonomia e mais responsabilidade na provisão de bens e serviços públicos, mesmo que de maneira seletiva e de acordo com suas possibilidades. Porém, ressalta que alguns processos de gestão têm se destacado mais que outros. O autor salienta que, embora as especificidades das localidades sejam limitadoras à existência de um modelo “teórico” que responda ao êxito da gestão, é possível identificar algumas semelhanças dentre os fatores que determinam o bom desempenho dessa gestão, sobretudo quando se refere a municípios de pequeno porte³⁵.

Nesse caso, autores³³ identificam tais similaridades em seu estudo, haja vista municípios com desempenho satisfatório, no que se refere à qualidade da atenção básica, serem municípios que tiveram os maiores gastos em saúde e maior proporção de horas dos profissionais nos serviços. Ademais, segundo os autores, a qualidade da gestão municipal voltada à atenção da saúde da população pode ser medida pela habilidade dos gestores municipais em articular estratégias que reduzem o risco de doenças, bem como de agravos, viabilizando o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além dos serviços indispensáveis para a obtenção do princípio da integralidade.

Com relação à autonomia dos municípios, a descentralização foi o princípio indutor de mudanças no domínio da gestão, incorporando novos atores nesse campo de atuação. Assim, ao assumirem a gestão do SUS, os gestores em nível municipal têm, dentre suas atribuições, o planejamento e o financiamento das ações, a administração e o controle de recursos financeiros, a regulação do conjunto de serviços de saúde em seu território, a organização de fluxos assistenciais, além da oferta de ações e de serviços de saúde³⁶. Dessa maneira, tornam-se os principais planejadores, executores da política de saúde e gestores da força de trabalho²⁷, conferindo autonomia em suas ações, o que pode corroborar para um bom desempenho da qualidade em saúde em municípios de pequeno porte.

Destaca-se neste cenário, como um ponto que pode favorecer o princípio da integralidade em tais municípios, a ESF, considerando a municipalização da saúde. Destaca-se que os escores obtidos, no que se refere aos serviços disponíveis (ofertados), superam o mínimo (<6,6) desejado para que os serviços sejam orientados para APS. Ademais, embora não haja associação significativa quanto ao desfecho deste estudo, os modelos de atenção UBS ESF e UBS mista apresentaram maior efeito quando comparados à UBS tradicional, revelando-se como dados importantes no que se refere às regiões avaliadas e considerando o número de municípios com características semelhantes neste contexto.

Já em municípios de grande porte a consolidação da ESF é ainda um grande desafio. Estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ) traz a deficiência no processo de formação de profissionais e dificuldades dos usuários em aceitar o modelo de atenção proposto pela ESF³⁷. Dificuldades como alterações demográficas e epidemiológicas imprimidas sobretudo pela alta migração para os grandes centros, desigualdades sociais e econômicas também são apontadas como fragilidades à gestão do trabalho na ESF em municípios de grande porte³⁸⁻³⁹.

Neste caso, no estudo em tela, pode-se sugerir que haja uma relação entre municípios de pequeno porte populacional e a cobertura de ESF, uma vez que 100% (n=15) dos municípios de pequeno porte em questão estavam 100% cobertos. Salienta-se que as equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas contendo até 4.000 pessoas para cada equipe⁴⁰.

Compreendida como uma das principais estratégias propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, a ESF visa reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da Atenção Básica⁴¹. Esta pretende reorganizar os serviços de saúde, bem como reorientar as práticas profissionais sob a perspectiva da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras.

De acordo com Kolling⁴², inicialmente a implantação da ESF aconteceu sobretudo em municípios de menor porte populacional, pois os incentivos financeiros existentes cresciam conforme o percentual da população municipal, que era coberta pelo programa. Além disso, em municípios menores, cobertura igual a 100% da população poderia ser facilmente atingida com poucas equipes, contribuindo também para a implantação de equipes nas comunidades rurais afastadas, antes desatendidas ou atendidas pelos pequenos ambulatorios. Nesse sentido, destaca dificuldades para implantação em maior escala nos grandes centros urbanos.

No contexto da ESF, ressaltamos a importância dos agentes comunitários de saúde (ACS), haja vista, nas regiões avaliadas, 44,2% da população residir em área rural, de modo que sua presença pode possibilitar assistência adequada dessa população. Assim, o agente inserido na ESF emerge como uma ponte entre o sistema de saúde e a comunidade, haja vista a necessidade de tal profissional habitar na comunidade em que atua. Desse modo, conhece melhor suas necessidades, partilha um mesmo contexto social e cultural, bem como um mesmo universo linguístico, estando mais apto a lutar pelos direitos da comunidade⁴³.

Dentre as variáveis contextuais adotadas neste modelo, a desigualdade de renda medida pelo coeficiente de Gini teve seu efeito reduzido quando ajustado, não apresentando associação significativa com a prevalência da integralidade, embora mais de 50% dos municípios avaliados apresentassem índice de Gini bom (0-0,52). Em estudo de Santos⁴⁴, a variável Gini também não encontrou resultado estatisticamente

significativo, indicando que em municípios baianos a desigualdade de renda não pôde ser interpretada como um fator que afeta estatisticamente a qualidade ou quantidade de saúde ofertada à população. Desse modo, a desigualdade de renda não pode ser considerada como um fator determinante, capaz de explicar os diferentes níveis de eficiência técnica da produção de saúde no estado baiano (especificamente). Porém, para Mendes⁴⁵ a elevada desigualdade de renda pode resultar em um gasto público de baixa eficiência, bem como a desigualdade de renda, quando estatisticamente significativa, pode explicar as variações na eficiência da produção de saúde⁴⁶.

Internações por condições sensíveis à APS (ICSAP), outra das variáveis acolhidas neste modelo, também teve seu efeito reduzido. Destarte, embora o percentual maior de profissionais encontre-se em municípios com ICSAP superior a 28%, municípios que se encontram abaixo deste percentual (27,9%) obtiveram maior prevalência da integralidade, todavia sem significância estatística.

Contudo, apesar de esse indicador não obter nível de significância adotado neste modelo, evidencia-se sua importância, não somente em relação à avaliação da atenção básica, mas para o sistema de saúde como um todo, haja vista a possibilidade de esse indicador fazer emergir possíveis problemas, tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços de saúde. Dessa forma, contribui sobremaneira para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, quais sejam, acessibilidade, universalidade, intersetorialidade e, por fim, a integralidade⁴⁷.

Com relação ao tempo de trabalho, estudo traz que em serviços de APS o tempo de permanência dos profissionais impacta no estabelecimento do vínculo entre estes e usuários⁴⁸. No cenário avaliado, embora não haja associação significativa entre o atributo avaliado e o tempo de trabalho dos profissionais, os resultados mostraram uma prevalência maior da integralidade no que se refere aos profissionais que atuam há mais de cinco anos nos serviços. Fato que deve ser considerado, pois revela uma baixa rotatividade desses profissionais, demonstrando que os trabalhadores conhecem melhor a oferta de serviços nas suas unidades de saúde, o que pode favorecer a atenção integral aos usuários. Isto é, impactando na presença do atributo da integralidade, bem como no rol de ações que devem ser ofertadas nos serviços de APS, sejam elas ações de promoção, prevenção, cura ou reabilitação.

Estudo realizado em municípios pertencentes a uma coordenadoria regional do estado do Paraná sugere uma baixa rotatividade de profissionais em função do tempo de trabalho, sobretudo em municípios de pequeno porte, neste caso proporcionando um maior vínculo com a população²⁸. Outrossim, no que se refere aos modelos de atenção, em unidades de ESF, profissionais que possuem especialização, sobretudo quando voltadas para saúde da família, apresentam melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS⁴⁹. Entretanto, no estudo em tela constatou-se que não houve associação significativa

entre o desfecho do estudo e a formação complementar. A reflexão sobre esse ponto recai sobre alguns aspectos, como, por exemplo, as deficiências da formação profissional em saúde ou formação complementar que não esteja voltada para as ações necessárias na APS. Ressalta-se que a Região de Saúde Verdes Campos tem como polo universitário importante na região o seu município sede, que engloba universidade pública e privada. Assim, reforça-se a necessidade da criação de vínculos entre a universidade e a rede de saúde, para que os estudantes entrem em contato com a realidade da população e dos serviços de saúde pública e pratiquem efetivamente o exercício profissional na perspectiva do sistema de saúde.

Dessa forma, para os gestores dos municípios avaliados, o desafio configura-se no reconhecimento das deficiências na formação profissional em saúde. Assim, poderiam incentivar modificações no ensino contribuindo para um processo formativo que releve as necessidades da população dessas regiões e que seja, sobretudo, embasado no modelo de saúde que estrutura o SUS.

O estudo apresenta como limitação um importante aspecto relacionado ao delineamento transversal, pois este não possibilita afirmativas de causalidade, além de outras razões. Considera-se, também, a questão relacionada à utilização de um instrumento não validado para todas as categorias profissionais analisadas no presente estudo, uma vez que o instrumento PCATool é validado apenas para profissionais da medicina e enfermagem. Fato este que justifica este estudo não abordar aspectos dos membros das equipes de saúde com nível médio. Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ter sido consideradas e analisadas.

Os pontos fortes deste estudo vão desde a magnitude de municípios estudados, pois a maioria dos estudos com PCATool são realizados em apenas um ou dois municípios até a utilização de um modelo estatístico que permite a análise multinível associando fatores individuais e contextuais e a possibilidade indutora de dialogar com os serviços e a gestão regional de saúde auxiliando na busca da equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações trazidas à tona, através dos resultados alcançados, propiciaram um maior conhecimento acerca do comportamento do atributo da integralidade nas regiões/municípios avaliados. A prevalência da integralidade foi constatada na grande maioria dos serviços pesquisados.

Trazemos com um aspecto inovador deste estudo a análise contextual realizada com a inclusão de características dos municípios avaliados. Nesse sentido, os resultados trazem uma forte associação entre a integralidade da saúde e municípios de pequeno porte.

Por fim, julga-se necessário mais estudos longitudinais e pesquisas avaliativas incorporando fatores contextuais no que tange aos serviços de saúde e, por conseguinte, avaliações de outras características dos municípios além das apresentadas neste estudo, bem como a inclusão de outros fatores individuais, além daqueles englobados nesta análise, como, por exemplo, educação permanente em saúde, realização de ações de promoção da saúde e apoio institucional.

REFERÊNCIAS

1. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):713-23.
2. Magalhães Júnior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg Saúde para Debate*. 2014; 52(15):15-27.
3. Santos AM dos, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 48(4):622-31.
4. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Silva SL. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2):331-40.
5. Fertoni HP, et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1869-78.
6. Ferreira Neto JL, Oliveira GL, Viana NO, Duarte LGMF. Integrality, conditions of service delivery and work process of Family Health Teams in Belo Horizonte. *Saúde Debate*. 40(111):179-92.
7. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referente à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):9-17.
8. Pizzanelli M, et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*. 2011; 27(3):187-89.
9. Suter E. et al. Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. *International Journal of Integrated Care*. 2017; 17(4):1-7.
10. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1649-59.
11. _____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool- Brasil. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

12. Harzheim E, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 [acesso em 2017 jan 10]; 8(29):274-84. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829>.
13. Magalhães ALA, Morais Neto OL. Intra-urban differences in rates of admissions for ambulatory care sensitive conditions in Brazil's Center-West region. Ciência e Saúde Coletiva. 2017; 22(6):2049-20.
14. Silva SA, Fracoli LI. Evaluating child care in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2016; 69(1):47-53.
15. Rio Grande do Sul. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019.
16. Kessler M. Avaliação da Longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2016. 98 p.,
17. Araujo LU de, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2014; 19(8):3521-32.
18. IBGE. Perfil dos municípios brasileiros, 2015.
19. PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas dos municípios, 2013.
20. IDSUS. Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde Tabela com os municípios, Ministério da Saúde, 2011.
21. Donabedian A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. Science. 1978 May; 200(26).
22. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2015 mar; 31(3):487-95.
23. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. Am J Epidemiol. 2005; 162:199-200.
24. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003; 3:21.
25. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. 2ª ed. Stata Press; 2008.
26. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. Rev. Saúde Pública. 1996; 30(2):168-78.

27. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes E de FP de A, Leite F de S, Silva JAM da. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(5):907-14.
28. Santini SML, et al. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. In: *Anais do III Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília: CONSAD; 2010.
29. Akaishi AG. Desafios do planejamento urbano habitacional em pequenos municípios brasileiros. *Rev Risco*. 2011; 14(2): 41-50.
30. Carvalho BR, et al. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cad. Saúde Colet*. 2018; 26(4):462-69.
31. Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):1359-65.
32. Castanheira ERL, et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde Debate, Rio de Janeiro*. 2014; 38(103):679-91.
33. Colussi CF, Calvo MCM, Lacerda JT de. Avaliação da qualidade da atenção básica em saúde bucal nos municípios catarinenses. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte; 2013.
34. Faria FP, Jannuzzi PM, Silva SJ. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. *Rev Adm Pública*. 2008; 42(1):155-77.
35. Lubambo CW. Desempenho da gestão pública: que variáveis compõem a aprovação popular em pequenos municípios? *Sociologias*. 20016; 8(16):86-125.
36. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade, São Paulo*. 2015; 24(2):438-46.
37. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate, Rio de Janeiro*. 2015; 39(104): 9-17.
38. Caetano R, Dain S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis, Rio de Janeiro*. 2002 jan-jun; 12(1):11-23.
39. Campos FE, Aguiar, RA, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis, Rio de Janeiro*. 2002; 12(1):47-58.
40. Oliveira e Silva CS, et al. The comprehensive nature of primary health care: evaluation from the user standpoint. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4407-15.

41. Stein AT, Ferri CP. Innovation and achievement for primary care in Brazil: new challenges. *Br J Gen Pract.* 2017 Apr; 1(2):857.
42. Silva ICB, Silva LAB, Lima RSA, Rodrigues JA, Valença AMG, Sampaio. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2017 jan-dez; 12(39):1-10.
43. Nunes MO, et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública.* 2002; 18(6):1639-46.
44. Santos AM, Giovanella L. Managing comprehensive care: a case study in a health district in Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2016 mar; 32(3):e00172214.
45. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.
46. Greene W. The econometric approach to efficiency analysis. In: Fried H, Lovell CA, Schmidt SS. *The measurement of productive efficiency and productivity growth.* New York: Oxford University Press; 2007. p. 92-250.
47. Carvalho SC, et al. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2015 abr; 31(4):744-54.
48. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015 Sept-Oct; 23(5):979-87.
49. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiro em atenção primária em saúde e qualidade a atenção. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2011; 16(11):4415-23.

Submissão: janeiro de 2019.

Aprovação: janeiro de 2020.