

Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil?

What aspects influence the prioritization of Primary Health Care by municipal managers in Rio Grande do Sul - Brazil?

Violeta Rodrigues Aguiar (<https://orcid.org/0000-0002-5997-4999>)¹

Fabiana da Silva Cabreira (<https://orcid.org/0000-0002-2606-8754>)²

Fernando Ritter (<https://orcid.org/0000-0003-4261-6551>)³

Roger Keller Celeste (<https://orcid.org/0000-0002-2468-6655>)⁴

Abstract Primary Health Care (PHC) is capable of achieving broad coverage and effectiveness. This study evaluated the factors associated with the prioritization that municipal health managers in the state of Rio Grande do Sul (RS) give to PHC. A cross-sectional analytical study was carried out between August 2017 and May 2019 using an online FormSUS questionnaire, consisting of 44 questions divided into 4 blocks, sent to 497 municipal health managers. Multiple logistic regression was performed to analyze factors associated with PHC prioritization. Out of 404 participants, 66.8% reported a maximum degree of prioritization. Managers with a postgraduate degree showed greater prioritization than those with elementary education (78.5% vs 58.8%, $p < 0.01$). Regarding the postgraduate area, managers with training in public health prioritized PHC more than in other areas, or with no postgraduate studies, respectively with 84%, 77.1% and 61.8% ($p < 0.01$). After adjusting for covariates, having a postgraduate degree in public health or in another area remained associated with greater chances of prioritization. The results may encourage initiatives that consider the level and area of education for this position focusing on technical, and not strictly political criteria.

Key words Municipal Management, Unified Health System, Decision-Making, Health Management, Primary Health Care

Resumo A Atenção Primária à Saúde (APS) é o capaz de atingir ampla cobertura e resolatividade. Esta pesquisa avaliou os fatores associados a priorização que os gestores municipais da saúde do estado do Rio Grande do Sul (RS) dada à APS. Realizou-se estudo analítico seccional entre agosto de 2017 a maio de 2019 através da aplicação de um questionário via FormSUS aos 497 secretários municipais de saúde do RS, composto por 44 perguntas divididas em 4 blocos. Efetuou-se regressão logística múltipla para analisar fatores relacionados a formação com a priorização da APS. De 404 participantes, 66,8% relataram um grau máximo de priorização. Gestores com pós-graduação apresentaram maior a priorização do que aqueles com ensino fundamental (78,5% vs 58,8%, $p < 0.01$). Em relação à área de pós-graduação, gestores com formação em saúde coletiva priorizaram mais a APS do que em outras áreas, ou nenhuma pós-graduação, respectivamente com 84%, 77,1% e 61,8% ($p < 0.01$). Após ajuste por covariadas, ter pós-graduação em saúde coletiva ou em outra área permaneceram associadas a maiores chances de priorização. Os resultados podem fomentar iniciativas que considerem o nível e a área de escolaridade para esse cargo, com enfoque no critério técnico e não estritamente político.

Palavras-chave Administração Municipal, Sistema Único de Saúde, Tomada de Decisão, Gestor de Saúde, Atenção Primária a Saúde

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). R. Ramiro Barcelos 2492, Santa Cecília. 90035-003 Porto Alegre RS Brasil. violetaaguiar@gmail.com

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha. Alegrete RS Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre RS Brasil.

⁴ Departamento de Odontologia Preventiva e Social, UFRGS. Porto Alegre RS Brasil.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde¹ reconhece a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada dos usuários no sistema público de saúde e também como coordenadora do cuidado². Entende-se a APS como nível de cuidado estratégico capaz de atingir ampla cobertura e resolutividade³. Diversos estudos⁴⁻⁶ têm apontado bons resultados na relação custo-benefício da APS, que no Brasil tem sido implementada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com adscrição de usuários em um território definido. O aumento da cobertura de saúde da família já foi associado ao aumento de ações preventivas⁷, redução da morbimortalidade⁵ e diminuição das internações hospitalares^{4,6,8}.

No Brasil, com os processos de descentralização e municipalização da saúde, a gestão municipal tornou-se central em termos de organização da atenção primária, especialmente em municípios de médio e pequeno porte. O gestor municipal, no entanto, gerencia um sistema de saúde complexo⁹, de forma que a priorização da APS e a destinação de recursos para isso parecem ser guiadas por múltiplas questões¹⁰. Há poucos estudos empíricos sobre a forma de tomada de decisão e fatores que influenciam na priorização da APS; e estes se referem à área de avaliação dos serviços e sistemas de saúde¹¹. Em teoria, além das informações obtidas no processo avaliativo, seja medida por indicadores que traduzem a assistência prestada, seja aferida pela satisfação do usuário¹², o gestor municipal, utiliza o conhecimento pessoal (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais) e a percepção que tem do problema para tomar uma decisão, mobilizando recursos necessários⁹.

Espera-se que profissionais com vivência e formação na área da saúde, sejam gestores que priorizem mais a APS. A legislação a partir de 1990¹³ reorientou o Sistema de saúde no país e, por conseguinte tencionou mudanças nas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN), aproximando os cursos na área da saúde ao Sistema Único de Saúde, principalmente a partir de 2001¹⁴. Estudos prévios^{15,16} relacionados a prática profissional no âmbito do SUS, mostraram que trabalhadores com formação na área da saúde tendem a conhecer melhor o SUS, compreender a importância das políticas de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família adquirindo uma postura de atuação compromissada com as necessidades dos usuários do Sistema^{17,18}. A pós-graduação na área da saúde coletiva parece

promover a mudança da prática assistencial em saúde¹⁹, favorece o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população¹⁶, além de aumentar a resolutividade das ações e serviços prestados¹⁵.

Os fatores contextuais podem também influenciar na tomada de decisão dos gestores municipais em saúde. Apesar da maioria dos municípios de pequeno porte ter gestão plena apenas da Atenção Básica¹⁸, podem ter dificuldades na tomada de decisão devido a menor receita própria¹³ e menor rede de serviços de saúde, incluindo demanda por serviços especializados. Por outro lado, há menores barreiras e distância entre os trabalhadores e a gestão¹⁸ nestes municípios. O fato de grande parte dos incentivos financeiros virem da esfera federal também pode influenciar na preferência de um programa em detrimento do outro^{10,20}. Estudo prévio do RS aponta que aspectos para além dos indicadores sociodemográficos ou de necessidade em saúde influenciam na alocação de recursos na atenção primária à saúde³. Assim, este estudo objetiva descrever o perfil dos gestores municipais de saúde do Rio Grande do Sul e analisar fatores relacionados a priorização da Atenção Primária à Saúde pelo gestor municipal.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal com gestores municipais da saúde em exercício do Rio Grande do Sul (RS). Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a maio de 2019, através de um questionário com perguntas estruturadas, fechadas e semiabertas, autopreenchível, que foi enviado para o e-mail institucional das prefeituras e secretarias municipais de saúde. Para municípios que não responderam ao questionário online, foram realizadas seis tentativas de contato telefônico (fixo ou celular) pelos pesquisadores diretamente com secretários de saúde ou assessores de forma de alcançar maior taxa de resposta. Essas informações foram obtidas no site das Secretarias Municipais de Saúde do RS. Esta pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/2012, CAAE 68968317.0.0000.534.

Foram coletadas informações individuais a respeito do respondente e dados referentes ao contexto do município. Para o presente estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, vínculo partidário, sexo, forma de

contratação, renda familiar, raça/cor, carga horária de trabalho, escolaridade dos pais, religião foram extraídas do próprio questionário aplicado aos gestores que era composto 44 perguntas divididas em 4 blocos: a) perfil do gestor; b) formação e experiência profissional do gestor; c) visão do gestor sobre o sistema e; d) tomada de decisão. Para a análise do presente artigo foram utilizadas perguntas do bloco “perfil do gestor” e “formação e experiencial profissional” e duas perguntas do bloco “visão do gestor sobre o sistema”, que tinham a priorização da Atenção Primária como desfecho. Variáveis explicativas de caráter municipal (contextual) foram coletadas no período de 2015 a 2017: taxa de equipes de saúde da família (extraído do CNES), gasto per capita em saúde (indicador “D.R.Próprios em Saúde/Hab” no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS), porte populacional (IBGE), tipo de gestão (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul). A classificação tipo de gestão é referente a classificação do Ministério da Saúde e CONASEMS, de acordo com o Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC), que se refere a condição da gestão do município quanto aos recursos: ter gestão plena do sistema (da atenção primária, média e alta complexidade), ter gestão parcial da Média e Alta complexidade (com assunção de alguns serviços da MAC) e gestão somente da APS.

A variável dependente de interesse foi a priorização da APS. A pergunta usada foi “Na sua opinião/visão, se tivesse disponível uma quantidade adicional de recurso financeiro para realizar qualquer investimento na saúde, considerando a realidade do seu município, qual a sua prioridade?”. A dicotomização se deu pelo escore: priorização máxima da APS=1, priorização média até mínima da APS=escores 2, 3 e 4. A categorização ocorreu porque alguns casos tinham poucos indivíduos e caselas zeradas em análises estratificadas. Na ausência de marco teórico para definir o melhor ponto de corte, optou-se pelo valor extremo.

Três variáveis independentes foram consideradas para representar a formação e duas variáveis para expressar a experiência em gestão. A variável de formação geral foi escolaridade com quatro categorias: ensino fundamental concluído, ensino médio concluído, graduação concluído ou pós-graduação concluído. A variável de formação em saúde foi medida por graduação em quatro categorias: nenhuma, outras áreas não saúde, outras áreas saúde ou graduação em enfermagem, medicina e odontologia (que são três profissões que integram a equipe de Estratégia de

Saúde da Família). As profissões da saúde foram tabuladas de acordo com Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. A variável de formação em pós-graduação foi medida por três categorias: nenhuma, outras áreas e saúde coletiva. A categoria pós-graduação em saúde coletiva foi composta por respostas como: “pós-graduação em saúde pública, saúde da família ou saúde coletiva”. A experiência foi avaliada como “experiência total”, sendo categorizada em até um ano ou 2 anos ou mais. E como “cargo anterior na gestão/administração”, sendo agrupadas em: deputado/prefeito/vereador, outro, gestor do executivo, secretário da saúde, nenhuma experiência.

Para garantia e controle de qualidade das informações foram tomadas algumas medidas. O questionário eletrônico foi elaborado no FormsUS padronizado com filtros para codificação de respostas sendo pré-testado com 10 gestores (não secretários de saúde) que não participaram do estudo como forma de avaliar redação e pertinências das perguntas. Foi produzido um manual para padronização das ligações²¹. Para confiabilidade das informações, aleatoriamente, 5%²⁰ dos gestores responderam novamente todo questionário. Os dados obtidos na primeira coleta e na coleta de controle foram analisados do ponto de vista da confiabilidade utilizando o índice Kappa para variáveis categóricas e o Coeficiente de Correlação Intra-classe para variáveis contínuas. As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade/especialização, vínculo partidário, função atual do gesto) tiveram concordância perfeita com índice Kappa igual a 1. As demais variáveis (perguntas: “Realização de curso nos últimos 3 anos”; “Decisão para atendimento deve ser baseado em”; “Leu algum artigo nos últimos 3 anos?”) apresentaram concordância substancial (0,61 e 0,80) ou quase perfeita (0,81 a 0,99), proveniente de respostas de gestores que são passíveis de vies de memória.

Análises descritivas e bivariadas foram apresentadas. A associação entre covariadas e o percentual de priorização da APS foi avaliada por meio do teste Qui-Quadrado, considerando nível de significância de 5%. Análise por meio de regressão logística múltipla foi realizada usando um modelo conceitual elaborado com base teórica para definir o papel das variáveis incluídas no modelo inicial de forma a controlar por potenciais fatores de confusão. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,20$. Devido a colinearidade entre as variáveis de escolaridade, essas são apresentadas em modelos distintos. Análises foram realizadas no software Stata 16.1.

Resultados

Dentre os gestores dos 497 municipais do Rio Grande do Sul, 404 participaram da pesquisa (81,3%). Destes, a maioria se identificou como branco (94,5%), com até 39 anos (36,4%) e metade eram mulheres. Ademais, a maioria relatou vínculo partidário (77,2%) e ocupando/contratado para cargo de confiança (76,2%).

Do total de participantes, 66,8% relataram um grau máximo de priorização da APS em caso de recurso extra. No que se refere ao nível de priorização da atenção primária em relação aos demais níveis de atenção à saúde (Tabela 1), as variáveis estatisticamente significativas nas análises bivariadas foram: raça/cor, escolaridade, pós-graduação, carga horária de trabalho, vínculo empregatício. Dentre gestores com o maior grau de escolaridade 78,5% priorizam a APS, enquanto aqueles com ensino fundamental apenas 58,8% priorizam a APS. Essa relação também é semelhante no que se refere a graduação e pós-graduação, visto que o maior percentual de gestores que atribui prioridade máxima a APS possui graduação na área da saúde (77,3%) e pós-graduação em saúde coletiva (84%), ao passo que os gestores sem graduação e pós tendem a priorizar os outros níveis de atenção. Ademais, quanto menor a experiência em gestão da saúde (27,06%) e menor gasto per capita (32,7%) em saúde maior a priorização da atenção especializada.

Os resultados das análises por regressão são apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4. Na Tabela 2, a partir do modelo cheio, os gestores mais velhos (acima de 60 anos) tiveram quase seis vezes mais chance (OR: 5,82 IC95%: 1,64-20,62) de priorizar a APS em relação aos gestores com até 39 anos não permanecendo significativo no modelo ajustado. Em relação a carga horária (CH) de trabalho, os gestores com CH menor teriam o dobro de chance de preferir a APS (OR: 2,13, IC95%: 1,15-3,92). E esse padrão permanece no modelo ajustado. Em relação a experiência anterior em cargo de gestão/administração, aquele que foi gestor do executivo ou que não esteve em nenhum cargo tende a priorizar três vezes (OR: 3,42, IC95%: 1,19-9,85) mais do que aquele que foi deputado/prefeito/vereador, e isso não foi mantido no modelo ajustado.

Na Tabela 3, as mesmas variáveis do modelo anterior, porém a variável de educação inclui o curso de graduação. A graduação na área de enfermagem, medicina e odontologia (OR: 2,22, IC95%: 0,98-4,91) está associada a maior chance de preferir a APS. A Tabela 4 que considera a

pós-graduação, o fato de o gestor ter especialização na área da saúde coletiva (OR: 3,44, IC95%: 1,04-11,38) ou em outra área (OR: 2,10, IC95%: 1,14-3,86) está associado a maior chance de decidir pela APS.

As variáveis contextuais não foram estatisticamente significativas (a um nível de 5%) em nenhum dos modelos ajustados. No entanto, os gestores de municípios de grande porte (>50 mil habitantes) parecem estar associados a menor priorização da APS (OR: 0,50, IC95%: 0,19-1,30) do que aqueles com pequeno porte (<5mil habitantes). Assim como aqueles gestores que possuem a gestão Parcial da MAC (OR: 1,49, IC95%: 0,90-2,47) em relação aqueles que trabalham em municípios com a gestão somente da APS (Tabela 4).

Discussão

Os achados deste estudo sugerem que o maior nível educacional geral, graduação em áreas que integram a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (medicina, odontologia e enfermagem) e em saúde coletiva (pós-graduação) estão associadas com maior percentual de priorização da Atenção Primária em Saúde entre os gestores municipais de saúde. Já a experiência profissional em gestão não apresentou associação. Estudos prévios já apontavam melhorias qualitativas e quantitativas nas práticas assistenciais de acordo com a formação^{17,22} e especialização^{15,16}. O movimento de reestruturação do ensino de graduação na área da saúde, que iniciou a partir da promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001¹⁴, adicionando conteúdos teóricos e práticos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) nos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde da população. Tais mudanças foram primordiais para a qualificação da formação profissional na área da saúde e pode influenciar a tomada de decisão de muitos gestores.

A maioria (76%) dos gestores do Estado possui vínculo como cargo de confiança e esses gestores priorizam significativamente menos a APS. Nesse sentido, a própria Constituição Federal exige seleção, como por exemplo, através de provas e/ou títulos para a contratação de servidores públicos, ratificando os princípios fundamentais da Administração Pública, principalmente a eficiência, a moralidade e a impessoalidade²³. Apesar de existirem iniciativas para que tais gestores

Tabela 1. Distribuição percentual da priorização* máxima da APS pelos gestores municipais de saúde em diferentes dimensões. Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Nível de Prioridade Máxima			
		Total		Atenção Primária em Saúde	
		%	N	%	P-valor
Total		100	404	66,8	
Bloco Sociodemográfico					
Idade	Até 39 anos	36,4	147	66,7	0,14
	40-49 anos	30,5	123	62,6	
	50-59 anos	26,2	106	67,0	
	≥60 anos	6,9	28	8,7	
Sexo	Feminino	50,0	202	69,8	0,21
	Masculino	50,0	202	63,9	
Raça/Cor	Branco	94,5	381	65,4	0,01
	Não-branco	5,5	22	90,9	
Nível educacional dos pais	Ambos fundamental incompleto	40,4	163	69,3	0,23
	Um com fundamental completo	31,6	128	60,9	
	Ambos com fundamental completo	28,0	113	69,9	
Renda domiciliar equivalente	<R\$ 2.500	20,3	82	68,3	0,96
	R\$ 2.500-5.000	51,7	209	66,0	
	R\$ 5.000-7.500	17,6	71	69,0	
	>R\$ 7.500	9,4	38	68,4	
Religião	Sim	82,4	333	66,2	0,90
	Não	17,6	71	67,0	
Bloco Técnico					
Escolaridade	Ensino fundamental completo ou incompleto	4,2	17	58,8	0,01
	Ensino Médio completo	31,9	129	63,6	
	Ensino Superior completo	33,9	137	60,6	
	Pós-Graduação completo	30,0	121	78,5	
% de estudo em escola pública	>75%	61,1	247	65,2	0,38
	≤75%	38,9	157	69,4	
Graduação	Nenhuma	36,1	146	63,0	0,23
	Outras áreas não saúde	35,7	144	66,7	
	Outras áreas saúde	11,9	48	64,6	
	Enf/Med/Odo	16,3	66	77,3	
Pós-Graduação	Nenhuma	70,0	283	61,8	>0,01
	Outras áreas	23,8	96	77,1	
	Saúde Coletiva	6,2	25	84,0	
Carga horária	20h a 40h	53,2	215	72,1	0,03
	Mais de 40h	17,8	72	64,1	
	Dedicação exclusiva	29,0	117	55,6	
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	76,2	308	64,3	0,05
	Outro	23,8	96	75,0	
Vínculo político partidário	Sim	77,2	312	64,4	0,06
	Não	22,8	92	75,0	
Anos de experiência gestão	0 a 1 ano	21,3	85	65,9	0,85
	2 anos ou mais	78,7	318	67,0	

continua

Tabela 1. Distribuição percentual da priorização* máxima da APS pelos gestores municipais de saúde em diferentes dimensões. Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Total		Nível de Prioridade Máxima		
		%	N	%	P-valor	
		Atenção Primária em Saúde				
Anos de experiência no cargo de secretário	0 a 1 ano	42,4	171	69,6	0,33	
	2 anos	39,7	160	66,9		
	>de 2 anos	17,9	72	59,7		
Cargo anterior na gestão/administração	Outro	7,7	31	61,3	0,09	
	Gestor do executivo	35,9	145	71,7		
	Deputado/prefeito/vereador	5,4	22	45,5		
	Secretário da saúde	14,4	58	60,3		
	Nenhum	36,6	148	68,9		
Cargo atual	Outro	11,6	47	74,5	0,24	
	Secretário da saúde	88,4	357	65,8		
Realização de curso nos últimos 3 anos	Não	21,8	88	59,1	0,08	
	Sim	78,2	316	69,0		
Decisão para atendimento deve ser baseado em:	Evidências	13,4	54	59,2	0,41	
	Experiência profissional	23,5	95	66,3		
	Protocolos/normativas	63,1	255	68,6		
Leu algum artigo nos últimos 3 anos?	Não	54,5	156	65,4	0,79	
	Sim	45,5	130	63,9		
Bloco Contextual						
Taxa Equipes de Saúde da Família/1.000hab	<3	17,6	71	69,0	0,21	
	De 3 a 5	43,1	174	61,5		
	De 6 a 8	24,5	99	69,7		
	>9	14,8	60	75,0		
Porte Municipal/Populacional	<5mil	44,1	178	70,2	0,60	
	5-30 mil	40,6	164	63,4		
	30-50 mil	6,2	25	64,0		
	>50 mil	9,2	37	67,6		
Gasto Per capita/Saúde	<R\$ 500	38,6	156	63,5	0,26	
	R\$ 500-999	43,8	177	71,2		
	≥R\$ 1000	17,6	71	63,4		
	Somente APS	30,0	121	61,9		0,24
Tipo de Gestão	Parcial da MAC	57,4	232	70,23		
	Plena do Sistema	12,6	51	62,7		

*Priorização máxima da APS=escore 1, priorização mínima/média da APS=escore 2,3 e 4.

Fonte: Autores.

sejam escolhidos por critério técnico, observa-se que tais propostas ainda tem pouco eco no processo de escolha de secretários de saúde em nível

municipal no RS. Estudo sobre morbimortalidade nos municípios brasileiros observou que os Estados brasileiros com maior proporção de pre-

Tabela 2. Razões de chance (OR) e intervalo de confiança (IC95%) de priorização da APS por nível escolaridade dos gestores municipais de saúde ajustado por covariáveis em Regressão Logística Múltipla. Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Modelo Cheio		Modelo Final	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Escolaridade	Ensino Fundamental concluído	1		1	
	Ensino Médio concluído	1,24	0,40-3,84	1,04	0,35-3,06
	Graduação concluído	1,14	0,36-3,59	0,92	0,31-2,66
	Pós-Graduação concluído	2,70	0,81-9,03	2,30	0,76-6,98
Bloco Sociodemográfico					
Sexo	Feminino	1			
	Masculino	0,86	0,54-1,38		
Idade	Até 39 anos	1			
	40-49 anos	0,96	0,54-1,72		
	50-59 anos	1,61	0,86-3,04		
	≥60 anos	5,82	1,64-20,62		
Renda	<R\$ 2.500	1			
	R\$ 2.500-5.000	0,90	0,49-1,63		
	R\$ 5.000-7.500	0,78	0,36-1,70		
	>R\$ 7.500	0,89	0,33-2,43		
Bloco Técnico					
Experiência Total	0 a 1 ano	1			
	2 anos ou mais	0,89	0,51-1,58		
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	1		1	
	Outro	1,44	0,79-2,60	1,44	0,82-2,54
Carga horária	Mais de 40h	1		1	
	20h a 40h	2,13	1,15-3,92	2,02	1,00-3,20
	Dedicação exclusiva	1,69	0,87-3,30	1,48	0,71-2,55
Cargo anterior na gestão/administração	Deputado/prefeito/vereador	1		1	
	Outro	1,67	0,46-6,00	1,17	0,50-5,99
	Gestor do executivo	3,42	1,19-9,85	2,37	1,17-8,82
	Secretário da saúde	1,76	0,56-5,50	1,34	0,54-4,69
Cargo atual	Nenhum	3,03	1,03-8,89	1,96	1,11-8,64
	Outro	1		1	
	Secretário da saúde	0,91	0,40-2,03	0,91	0,42-1,96
Bloco Contextual					
Porte populacional	<5mil	1			
	5-30 mil	0,60	0,39-1,11	0,63	0,38-1,04
	30-50 mil	0,55	0,24-1,82	0,56	0,21-1,49
	>50 mil	0,53	0,23-1,66	0,54	0,21-1,40
Taxa Equipes de Saúde da Família/1.000hab	<3	1			
	De 3 a 5	0,84	0,46-1,77		
	De 6 a 8	1,06	0,56-2,52		
	>9	1,03	0,51-2,67		
Tipo de Gestão	Somente APS	1			
	Parcial da MAC	1,59	0,92-2,73	1,48	0,89-2,46
	Plena do Sistema	1,26	0,54-2,98	1,26	0,56-2,84

Fonte: Autores.

feitos pertencentes a partidos políticos “pró saúde pública” possuíam os melhores indicadores de saúde²⁴. Além disso, tal estudo ratificou que o não cumprimento dos princípios do sistema

de saúde brasileiro por formuladores de políticas locais poderiam impactar negativamente na saúde da população, mostrando a importância das decisões. Outro estudo²⁵ abordando decisão po-

Tabela 3. Razões de chance (OR) e intervalo de confiança (IC95%) de priorização da APS por graduação dos gestores municipais ajustado por covariáveis em Regressão Logística Múltipla. Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Modelo Cheio		Modelo Final	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Graduação	Nenhuma	1		1	
	Outras áreas não saúde	1,21	0,70-2,07	1,13	
	Outras áreas saúde	1,05	0,49-2,25	1,07	0,69-1,79
	Enf/Med/Odo	2,20	0,98-4,91	2,05	1,00-4,23
Bloco Sociodemográfico					
Sexo	Feminino	1			
	Masculino	0,81	0,51-1,29		
Idade	Até 39 anos	1			
	40-49 anos	1,03	0,58-1,82		
	50-59 anos	1,62	0,87-3,01		
	≥60 anos	5,90	1,68-20,62		
Renda	<R\$ 2.500	1			
	R\$ 2.500-5.000	0,88	0,49-1,58		
	R\$ 5.000-7.500	0,89	0,41-1,92		
	>R\$ 7.500	0,93	0,34-2,49		
Bloco Técnico					
Experiência Total	0 a 1 ano	1			
	2 anos ou mais	1,01	0,57-1,78		
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	1		1	
	Outro	1,38	0,76-2,49	1,42	0,81- 2,50
Carga horária	Mais de 40h	1		1	
	20h a 40h	2,14	1,16-3,95	1,85	1,04-3,29
	Dedicação exclusiva	1,70	0,88-3,31	1,37	0,73-2,58
Cargo anterior na gestão/ administração	Deputado/prefeito/vereador	1		1	
	Outro cargo	2,34	0,66-8,22	1,65	0,51-5,29
	Gestor do executivo	3,88	1,36-11,03	2,76	1,06-7,16
	Secretário da saúde	2,21	0,71-6,78	1,72	0,61-4,85
Cargo atual	Nenhum	3,28	1,12-9,53	2,20	0,84-5,71
	Outro	1		1	
	Secretário da saúde	0,93	0,41-2,07	0,94	0,44- 2,03
Bloco Contextual					
Porte populacional	<5mil	1		1	
	5-30 mil	0,59	0,34-1,02	0,62	0,37-1,02
	30-50 mil	0,56	0,19-1,61	0,58	0,22-1,52
	>50 mil	0,56	0,19-1,63	0,56	0,22-1,44
Taxa Equipes de Saúde da Família/1.000hab	<3	1			
	De 3 a 5	0,79	0,41-1,55		
	De 6 a 8	1,05	0,49-2,25		
	>9	1,10	0,46-2,66		
Tipo de Gestão	Somente APS	1		1	
	Parcial da MAC	1,65	0,96-2,82	1,56	0,94-2,58
	Plena do Sistema	1,31	0,56-3,06	1,39	0,62-3,11

Fonte: Autores.

lítica e conflito de interesse, relaciona o financiamento de campanha das eleições e o princípio da autonomia, sugerindo que interesses partidários muitas vezes podem prevalecer sobre interesses públicos e coletivos para definição de políticas,

na regulação e no funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Os achados relacionados a priorização de políticas de APS do presente estudo foram similares a estudo prévio¹⁸ em que os gestores de municí-

Tabela 4. Razões de chance (OR) e intervalo de confiança (IC95%) de priorização da APS por pós-graduação ajustado por covariáveis em Regressão Logística Múltipla. Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Modelo Cheio		Modelo Final	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Pós-Graduação	Nenhuma	1			
	Outras áreas	2,10	1,14-3,86	2,10	1,19-3,70
	Saúde Coletiva	3,44	1,04-11,38	3,90	1,22-12,40
Bloco Sociodemográfico					
Sexo	Feminino	1			
	Masculino	0,87	0,54-1,40		
Idade	Até 39 anos	1			
	40-49 anos	0,95	0,54-1,68		
	50-59 anos	1,60	0,86-2,96		
	≥60 anos	5,72	1,63-20,04		
Renda	<R\$ 2.500	1			
	R\$ 2.500-5.000	0,89	0,49-1,62		
	R\$ 5.000-7.500	0,79	0,36-1,71		
	>R\$ 7.500	0,86	0,31-2,32		
Bloco Técnico					
Experiência Total	0 a 1 ano	1			
	2 anos ou mais	0,90	0,51-1,59		
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	1			
	Outro	1,46	0,81-2,63	1,45	0,82-2,55
Carga horária	Mais de 40h	1			
	20h a 40h	2,13	1,15-3,91	1,80	1,00-3,22
	Dedicação exclusiva	1,70	0,84-3,32	1,35	0,72-2,55
Cargo anterior na gestão/ administração	Deputado/prefeito/vereador	1			
	Outro	17,5	0,48-6,28	1,23	0,37-4,03
	Gestor do executivo	3,52	1,22-10,15	2,41	0,92-6,30
	Secretário da saúde	1,78	0,57-5,55	1,33	0,46-3,81
Cargo atual	Nenhum	3,10	1,06-9,11	2,00	0,77-5,20
	Outro				
	Secretário da saúde	0,91	0,41-2,03	0,90	0,42-1,95
Bloco Contextual					
Porte populacional	<5mil	1			
	5-30 mil	0,59	0,34-1,02	0,62	0,38-1,03
	30-50 mil	0,57	0,20-1,65	0,58	0,22-1,52
	>50 mil	0,51	0,17-1,52	0,50	0,19-1,30
Taxa Equipes de Saúde da Família/1000hab	<3	1			
	De 3 a 5	0,87	0,44-1,69		
	De 6 a 8	1,10	0,51-2,36		
	>9	1,07	0,44-2,60		
Tipo de Gestão	Somente APS	1			
	Parcial da MAC	1,58	0,92-2,71	1,49	0,90-2,47
	Plena do Sistema	1,29	0,55-3,03	1,28	0,57-2,86

Fonte: Autores.

pios de menor porte tenderiam a priorizar mais a APS. Uma hipótese referente ao porte populacional, que poderia explicar esse ponto seria que o gestor de cidades menores toma decisões somente em relação a APS por possuir gestão plena (governança e planejamento) somente deste nível

de atenção à saúde. Já aquele gestor de município de maior porte pode ter gestão parcial da MAC ou plena do sistema e deve tomar outras decisões referentes a média e alta complexidade, não tendo somente a APS como foco principal. Apesar da existência da Política Nacional para os Hospi-

tais de Pequeno Porte²⁶ (para municípios com até 30 mil habitantes), a implantação desse serviço demanda ao município uma cobertura da APS maior de 70% e investimento na contratação de novos profissionais e alta densidade tecnológica para as diversas especialidades. Na realidade, com estruturas físicas insuficientes, esses municípios terminam por encaminhar os usuários para outros municípios da região com hospitais de médio e grande porte (regionalização da saúde).

O presente estudo apresenta pontos fortes e limitações. Um aspecto positivo é o ineditismo da pesquisa, uma vez que são escassos os estudos nesse campo. Em adição, a amostra é ampla e representativa, minimizando vieses de seleção permitindo inferências para o estado e talvez outras regiões similares do Brasil. Para a coleta das variáveis contextuais foram utilizados dados secundários de fontes oficiais. Apesar de limitações na validade de tais dados são instrumentos fundamentais para uma visualização global das políticas em curso²⁷. Como o estudo é transversal é importante ter cautela nas interpretações dos achados, pois é difícil estabelecer nexos causais. Ademais, essa pesquisa é sobre a opinião dos respondentes sobre tomada de decisão e APS, e esse parecer pode sofrer influência do contexto político e da pressão da opinião pública e não

necessariamente pelo conhecimento técnico e/ou experiência na gestão da saúde pública.

Conclusão

É inegável a importância da APS na rede de cuidado a saúde da população no que diz respeito a resolutividade, acesso e utilização dos recursos da saúde com melhor custo-benefício à população. Por isso, a priorização desta Política no âmbito do SUS deve ser primordial aos gestores, independente do porte populacional do município e do vínculo partidário no qual o gestor está inserido. Com a descentralização da gestão do SUS, houve um aumento na responsabilidade dos municípios sobre recursos transferidos pela união e estado, o que exige uma gestão municipal cada vez mais eficiente e mais qualificada.

Como as instâncias políticas englobam atores estratégicos para a definição da política de saúde, é fundamental que o critério técnico seja considerado para escolha de um secretário municipal de saúde. Neste sentido, os resultados deste estudo podem fomentar de iniciativas (processos seletivos ou treinamento) que considerem o nível de escolaridade e/ou especialização importantes para esse cargo dentro da administração pública e do SUS.

Colaboradores

VR Aguiar contribuiu na concepção e desenvolvimento do estudo, revisão de literatura, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, e redigiu o manuscrito. FS Cabreira contribuiu na concepção, coleta de dados e revisou criticamente o manuscrito. F Ritter contribuiu na concepção e desenvolvimento do estudo e revisou criticamente a o manuscrito. RK Celeste contribuiu na concepção e desenvolvimento do estudo, revisão de literatura, análise e interpretação dos resultados, e revisou criticamente a o manuscrito.

Agradecimentos

RK Celeste é bolsista PQ2 do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ 311592/2019-8).

Referências

1. World Health Organization (WHO). *The world health report 2008: primary health care now more than ever* [Internet]. WHO; 2008 [cited 2022 jul 12]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
3. Cabreira FS, Ritter F, Aguiar VR, Celeste RK. Municipal spending on primary health care in Rio Grande do Sul State, Brazil: an ecological study. *Cad Saude Publica* 2018; 34(12):2011.
4. Pinto LF, Mendonça CS, Rehem TCM, Stelet B. Hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions (Acsc) between 2009 and 2018 in Brazil's federal district as compared with other state capitals. *Cien Saude Coletiva* 2019; 24(6):2105-2114.
5. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):18-37.
6. Mendonça CS, Leotti B, Dias-da-Costa JS, Harzheim E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2017; 32:1368-1374.
7. Corrêa GT, Celeste RK. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad Saude Publica* 2015; 31(12):2588-2598.
8. Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizations owing to ambulatory care sensitive conditions in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil – an ecological study, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 25(1):75-84.
9. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):821-828.
10. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):693-705.
11. Pinto JM, Gerhardt TE. Práticas avaliativas na gestão da atenção Básica à saúde: Estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). *Rev Adm Publica* 2013; 47(2):305-326.
12. Dias G, Minardi R, Cotta M, Castro C. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis* 2008; 8(4):705-726.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
14. Moreira COF, Dias MSA. Curriculum guidelines for health and alterations in health and education models. *ABCS Heal Sci* 2015; 40(3):300-305.
15. Baumgarten A, Hugo FN, Alexandre Favero Bulgarelli, Hilgert JB. Curative procedures of oral health and structural characteristics of primary dental care. *Rev Saude Publica* 2018; 52(35):1-11.
16. Santos NML, Hugo FN. Training in Family Health and its association with work processes of Primary Care Dentistry Teams. *Cien Saude Colet* 2018; 23(12):4319-4329.

17. Guizardi FL, Stelet B, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO; 2005. p. 153-177.
18. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, Marchi R, Martins AB. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Cien Saude Colet* 2018; 25(2):407-420.
19. Bueno AS, Celeste RK. Relationship between Professional Training of Dentists and Outpatient Clinical Production. *Biomed Res Int* 2022; 2022:5365363.
20. Medeiros KR, Albuquerque PC, Souza WV. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. *Cien Saude Colet* 2009; 22(6):1759-1770.
21. Szklo M, Javier Nieto F. *Epidemiology: beyond the basics*. 2ª ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers; 2007.
22. Nalom DMF, Ghezzi JFSA, Higa EFR, Peres CRFB, Marin MJS. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. *Cien Saude Colet* 2019; 24(5):1699-1708.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
24. Cavalini LT, Leon ACMP. Morbidity and mortality in Brazilian municipalities: A multilevel study of the association between socioeconomic and healthcare indicators. *Int J Epidemiol* 2008; 37(4):775-783.
25. Scheffer M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saude Debate* 2013; 37:96-103.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 94, de 14 fevereiro de 2005. Regulamenta o fluxo operacional da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. *Diário Oficial da União*; 2005.
27. Barros MBA. A importância dos sistemas de informação e dos inquéritos de base populacional para avaliações de saúde. *Epidemiol Serv Saude* 2004; 13(4):2003-2004.

Artigo apresentado em 11/02/2022

Aprovado em 06/07/2022

Versão final apresentada em 08/07/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva