


Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015

doi: 10.5123/S1679-49742019000300004

Intercensal Brazilian municipality stratification updating for health performance evaluation, 2015

Actualización intercensal de la estratificación de los municipios brasileños para la evaluación del desempeño en salud, 2015

Maria Cristina Antunes Willemann¹ –  orcid.org/0000-0002-0888-3421

Jéssica Mascena de Medeiros¹ –  orcid.org/0000-0002-1202-3221

Josimari Telino de Lacerda¹ –  orcid.org/0000-0002-1992-4030

Maria Cristina Marino Calvo¹ –  orcid.org/0000-0001-8661-7228

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a atualização da estratificação dos municípios brasileiros para avaliação do desempenho em saúde. **Métodos:** estudo descritivo metodológico, com estratificação dos municípios segundo porte populacional e condições influentes da gestão em saúde, utilizando-se de dados do período intercensitário (2015) e apresentando as variações de classificação, mediante comparação com o período censitário (2010); a origem dos dados dos eixos de características demográficas, capacidade de financiamento e poder aquisitivo da população foi ajustada para 2015, a partir de estudo-base realizado com dados censitários. **Resultados:** cerca de 15% dos municípios foram reclassificados no período intercensitário, tendo como principais fatores de mudança os influentes de gestão em saúde. **Conclusão:** foi confirmada a necessidade de atualização intercensitária dessa classificação, uma vez que as condições socioeconômicas dos municípios variam em cinco anos; avaliações de desempenho da Atenção Básica devem considerar estratificações atualizadas, que contem condições de gestão para classificação.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde; Metodologia.

Endereço para correspondência:

Maria Cristina Antunes Willemann – Rua Eduardo Nicolich, nº 33, Apto. 303 B, Agronômica, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88025-530
E-mail: mariacristinaw@gmail.com



Introdução

O agrupamento de municípios conforme suas semelhanças é uma etapa importante para a definição e avaliação de políticas públicas. O porte populacional é frequentemente utilizado para estratificação de municípios brasileiros em estudos da área da Saúde.¹⁻⁴ A situação socioeconômica e sanitária da população, a conformação espacial e a estruturação dos serviços de saúde também influenciam as condições de gestão da atenção à saúde. Assim, avaliar o desempenho dessa atenção exige a estratificação dos municípios em grupos homogêneos, em que se considere, além do porte populacional, tais condições e sua influência. Com tal preocupação, foi desenvolvido, sobre dados do período censitário de 2010, um modelo de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho da gestão em saúde, aqui considerado estudo-base.⁵

Entre 2010 e 2015, o Brasil vivenciou duas eleições nacionais e uma série de denúncias de corrupção, e iniciou um processo de recessão econômica que afetou os municípios de forma não linear. Portanto, admite-se que os dados utilizados para tal estratificação podem apresentar variações no período de cinco anos, em virtude dessas mudanças políticas, econômicas e sociais, influenciando as condições de gestão em saúde nos municípios. A presunção de tais alterações motiva a recontagem populacional e a realização de outras pesquisas de base populacional nesse intervalo de tempo, uma vez que os estimadores podem não representar a realidade durante o período de dez anos.⁶⁻¹⁰

O agrupamento de municípios conforme suas semelhanças é uma etapa importante para a definição e avaliação de políticas públicas.

O objetivo do presente estudo foi descrever a atualização da estratificação dos municípios brasileiros para avaliação do desempenho em saúde com dados do período intercensitário (2015), apresentando as variações de classificação, mediante comparação com o período censitário (2010).

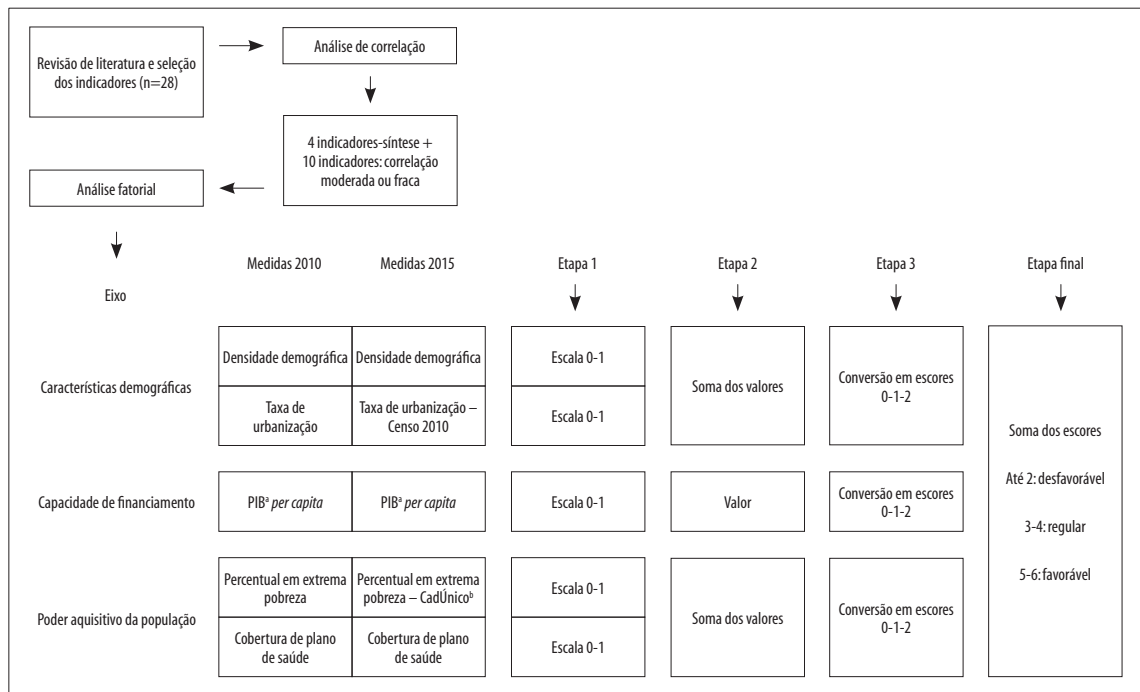
Métodos

Estudo descritivo, metodológico, com estratificação de municípios brasileiros segundo porte populacional e condições influentes da gestão em saúde, utilizando-se de dados secundários de acesso público.

A estratificação do estudo-base⁵ utilizou dados de 2010, considerando-se as medidas elencadas a seguir:

- (i) revisão de propostas de classificação de municípios e definição de categorias de indicadores;¹¹⁻¹³
 - (ii) pré-seleção dos indicadores, considerando-se a consistência e estabilidade dos valores segundo porte populacional, validade conceitual na literatura, disponibilidade em base de dados e desagregação para o nível municipal; e identificação de indicadores-síntese ($r > 0,7$ com a maioria dos demais) e de indicadores complementares ($r < 0,7$ com os indicadores-síntese), por meio do teste de correlação;
 - (iii) análise fatorial para identificação dos indicadores com maior peso, composta de três eixos, 'características demográficas' (densidade demográfica e taxa de urbanização), 'capacidade de financiamento' (PIB *per capita*) e 'poder aquisitivo da população' (cobertura de planos de saúde e percentual de extrema pobreza); e relativização dos indicadores, utilizando-se de escala monotônica (0-1), onde 1 corresponde ao maior e 0 ao menor valor obtido;
 - (iv) soma dos indicadores convertidos;
 - (v) redução dos valores dos eixos aos escores 0, 1 e 2, a partir da amplitude de quartil; e
 - (vi) soma dos escores nos três eixos, para definição da condição que influencia a gestão,
 - influente desfavorável (até 2 pontos);
 - influente regular (3 a 4 pontos); ou
 - influente favorável (5 a 6 pontos); e
- associação dos influentes com o porte populacional, considerada um fator específico, dividindo-se os municípios entre pequeno porte (com menos de 25 mil habitantes), médio porte (municípios com 25 a 100 mil hab.) e grande porte (municípios com mais de 100 mil hab.) (Figura 1).

A aplicação intercensitária assumiu os indicadores apontados como de maior peso na análise fatorial e atualizou-os para o ano-base de 2015, período coincidente com variações políticas influentes nos contextos municipais brasileiros,⁶ com ajustes quanto à origem dos dados em alguns indicadores. A densidade



a) PIB: produto interno bruto.
b) CadÚnico: Cadastro Único para Programas Sociais.

Figura 1 – Etapas utilizadas para definição da condição para gestão do sistema local de saúde, com destaque para a modificação da fonte de dois indicadores

demográfica assumiu as projeções populacionais para o ano de 2015,¹⁴ enquanto a taxa de urbanização manteve os dados de 2010 por não haver atualização intercensitária, tampouco identificação de informação similar adequada ao objetivo do estudo. O PIB *per capita*⁸ e a cobertura de planos de saúde¹⁵ foram atualizados com dados de 2015. O percentual de extrema pobreza não possui atualização na Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2015, e foi substituído pelo percentual de extrema pobreza do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico),¹⁶ com dados do Programa Bolsa Família,¹⁷ programa de transferência direta de renda mediante condicionalidades, com atualização constante de dados. Assume-se que o número de pessoas cadastradas nesse sistema represente as pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza, por município do país, sendo adotadas tais informações para o ano de 2015.

Desta forma, na atualização intercensitária da classificação dos municípios, foram incluídos 5.562 municípios do total de 5.570 existentes no país. Cinco foram excluídos por terem sido criados no ano de 2013, o que inviabilizaria a comparação com a clas-

sificação obtida com dados de 2010, e três por não constarem no banco de dados da Agência Nacional de Saúde (ANS),¹⁵ com conseqüente ausência dos dados de cobertura de plano de saúde.

Destaca-se que, na etapa de transformação dos indicadores em escala monotônica, os valores considerados *outliers* foram convertidos para 1, valor máximo da escala, desconsiderando-se o valor discrepante para a relativização. As análises foram realizadas em planilhas eletrônicas e com uso do *software* Epi Info 7TM.

Resultados

Os indicadores propostos apontam para uma grande variabilidade, demarcando as características de cada estrato. Em 2015, a variabilidade é semelhante à observada em 2010 (Tabela 1). Para o período intercensitário, a grande maioria dos municípios (75,0%) são de pequeno porte, poucos deles com gestão favorável (10,4%). Os municípios de médio porte (19,5%) dividem-se homogeneamente entre as categorias de influência na gestão. Quanto à distribuição regional, 63,7% dos municípios nordestinos são de

Tabela 1 – Valores médios (desvio-padrão) observados nas variáveis selecionadas, segundo estratos definidos pelo porte populacional e condições influentes da gestão em saúde, Brasil, 2010 e 2015

Estrato	Número de municípios		População (hab.)		Densidade demográfica (hab./km ²)		Domicílios urbanos (%)		PIB ^a per capita (por R\$1 mil)		População em extrema pobreza (%)		População sem plano de saúde (%)	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015 ^b	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Grande	283	304	369.034 (830.645)	377.001 (852.018)	1.278,72 (2.194,51)	1.289,60 (2.258,26)	94,15 (8,72)	93,41 (10,17)	21,80 (16,58)	31,29 (19,61)	4,71 (4,92)	12,72 (11,13)	72,45 (16,10)	72,24 (14,55)
Médio favorável	364	370	50.335 (20.168)	50.464 (20.826)	160,52 (246,17)	164,97 (263,90)	91,18 (6,20)	90,05 (7,49)	24,27 (25,51)	36,54 (31,07)	2,58 (2,23)	7,88 (6,28)	76,98 (12,23)	76,31 (11,52)
Médio regular	341	378	46.239 (19.794)	46.193 (19.478)	96,06 (214,14)	101,66 (228,76)	75,26 (13,13)	74,79 (13,62)	10,46 (7,43)	17,51 (15,20)	11,49 (6,50)	27,13 (13,35)	93,56 (5,11)	92,79 (5,35)
Médio desfavorável	298	332	28.278 (12.573)	39.000 (14.076)	38,08 (47,08)	39,17 (47,54)	49,83 (14,61)	49,93 (15,08)	4,85 (2,34)	8,15 (3,20)	30,29 (8,88)	53,37 (11,40)	98,71 (1,31)	98,51 (1,24)
Pequeno favorável	618	528	11.005 (6.583)	11.309 (6.603)	52,32 (63,90)	57,25 (119,27)	83,27 (11,59)	81,87 (12,50)	23,88 (23,09)	35,11 (26,21)	2,16 (1,95)	8,23 (6,15)	82,13 (11,04)	79,55 (11,52)
Pequeno regular	1.911	1.832	8.471 (6.009)	8.574 (6.007)	28,05 (60,68)	28,28 (39,68)	65,50 (16,17)	65,53 (16,50)	13,49 (9,90)	21,23 (18,10)	7,32 (5,95)	19,09 (12,94)	94,71 (6,21)	93,18 (6,78)
Pequeno desfavorável	1.750	1.810	10.191 (5.976)	10.237 (5.983)	29,57 (33,44)	30,81 (35,13)	44,70 (16,01)	45,67 (16,75)	6,06 (3,11)	9,36 (4,73)	25,38 (11,46)	48,02 (18,38)	98,66 (2,42)	98,30 (3,27)

a) PIB: produto interno bruto.

b) Dados não coletados em período intercensitário. Foram reaplicados dados de 2010.

pequeno porte com influentes desfavoráveis; 47% dos de grande porte estão na região Sudeste; e as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentam concentração de seus municípios no estrato de pequeno porte com condições regulares de gestão, respectivamente 61,2%, 40,6% e 47,0% (Tabela 2).

A comparação das estratificações com dados censitários e intercensitários indicou mudanças na classificação dos municípios. Ocorreram alterações devidas, exclusivamente, à mudança no porte populacional em 108 municípios (1,9%); e em 21 (0,4%), houve mudança de porte e de condições que influenciam a gestão. Os influentes de gestão, sem alteração de porte populacional, foram responsáveis pela alteração da classificação de 713 municípios (12,8%). No total, 842 municípios brasileiros (15,1%) foram reclassificados no período de análise, com variações regionais, destacando-se a região Norte (20,5%) (Tabela 3).

Discussão

Organizar os municípios brasileiros em grupos homogêneos é uma importante ferramenta para desenvolver estudos de desempenho da gestão em saúde. Os resultados

das estratificações demonstram que o porte populacional é insuficiente para essa classificação, haja vista a variação dos influentes de gestão em cada estrato de porte populacional. Aspectos demográficos, de financiamento e econômicos são importantes na caracterização dos municípios¹⁸⁻²² e sofrem, juntamente com o porte populacional, modificações ao longo dos anos.^{6,23,24}

A maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte e classificados com influentes de gestão regular ou desfavorável, com tendência a (i) menor capacidade técnica e administrativa para garantir uma gestão adequada²⁵ e (ii) alto percentual de ineficiência nas ações e resultados em saúde.²⁶ Estes fatos reforçam a necessidade de atuação em redes regionais de atenção à saúde, como uma alternativa para economia de escala e qualificação das ações em saúde, assegurando melhor acesso e qualidade na prestação desses serviços à população.²¹

A comparação das classificações com dados intercensitários (atual) e dados censitários (estudo-base) identifica mais de 15% dos municípios mudando de estrato, tendo as condições de gestão como principais fatores de mudança. As variáveis utilizadas sintetizam a condição de gestão municipal, sendo propostas pelo

estudo-base a partir de análise fatorial de 28 variáveis identificadas na literatura como importantes para a gestão em saúde. Taxa de urbanização e densidade demográfica diferenciam municípios mais urbanizados daqueles com população mais dispersa, com maiores dificuldades para alocação de recursos e acesso; PIB *per capita* indica as diferenças na capacidade de investimento próprio em saúde; e dependência da população dos serviços públicos de saúde pode ser aferida pela cobertura de plano privado de saúde e pelo percentual da população em extrema pobreza.

A mudança de porte foi a responsável exclusiva por apenas 108 (1,9%) dos municípios reclassificados. De acordo com o presente estudo, se 842 (15,5%) dos municípios mudaram de estrato, conclui-se que as características associadas às condições de gestão modificam-se no intervalo de cinco anos e provocam a maior parte das mudanças entre estratos.

No período de 2010 a 2015, o país registrou um incremento do PIB, com ligeiro aumento nas despesas empenhadas em ações e serviços públicos de saúde.²⁷ Municípios com maior crescimento do PIB e da renda *per capita* tendem a possuir mais recursos para programas sociais de transferência de renda, gerando maior redução da desigualdade de renda e da pobreza.²⁸ Além disso, no que se refere ao Programa Bolsa Família, desde sua implementação foram constatados avanços expressivos em termos de diminuição do número de pessoas em situação de extrema pobreza,²⁹ o que reforça a mobilidade do indicador e a necessidade de reconsideração frequente.

Destaca-se que, no eixo das características demográficas, um dos indicadores componentes da condição de gestão, a taxa de urbanização, repetiu os dados de 2010. Não há coleta intercensitária dessa informação. Outro dado de urbanização identificado, calculado pela Empresa

Tabela 2 – Número e percentual de municípios em cada estrato (definido segundo o porte populacional e condições influentes da gestão em saúde) da classificação intercensitária, por região do país, Brasil, 2015

Região	Classificação intercensitária													
	Grande		Médio favorável		Médio regular		Médio desfavorável		Pequeno favorável		Pequeno regular		Pequeno desfavorável	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	26	5,8	4	0,9	47	10,5	78	17,4	4	0,9	127	28,4	162	36,2
Nordeste	62	3,5	10	0,6	168	9,4	232	13,2	3	0,2	168	9,5	1142	63,7
Centro-Oeste	21	4,5	37	8,0	28	6	1	0,2	49	10,5	285	61,2	44	9,4
Sudeste	143	8,6	212	12,7	92	5,5	11	0,7	297	17,8	677	40,6	236	14,2
Sul	52	4,4	127	10,7	31	2,6	2	0,2	227	19,1	558	47,0	191	16,1
Brasil	304	5,5	390	7,0	366	6,6	324	5,9	580	10,4	1.815	32,7	1.775	31,9

Tabela 3 – Mudanças identificadas na classificação por estratos (segundo porte populacional e de condições influentes da gestão em saúde) com dados censitários e intercensitários, por região do país, Brasil, 2015

Região	Porte populacional e condições de gestão										
	Mesmo porte populacional					Mudou de porte populacional					Total
	Mesma condição de gestão		Diferente condição de gestão			Mesma condição de gestão		Diferente condição de gestão			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Norte	356	79,5	71	15,8	20	4,5	1	0,2	448	100,0	
Nordeste	1.553	86,7	189	10,5	41	2,3	9	0,5	1.792	100,0	
Centro-Oeste	400	85,8	57	12,2	5	1,1	4	0,9	466	100,0	
Sudeste	1.415	84,8	223	13,4	27	1,6	3	0,2	1.668	100,0	
Sul	996	83,8	173	14,6	15	1,3	4	0,3	1.188	100,0	
Brasil	4.720	84,9	713	12,8	108	1,9	21	0,4	5.562	100,0	

Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa),³⁰ trata de concentração espacial de domicílios e não de sua identificação como zona urbana ou rural. Desta forma, se considerados dados mais atuais de taxa de urbanização, poder-se-ia identificar mais municípios com mudança de estratos do que os encontrados por este trabalho.

Após cinco anos, ainda é identificada grande variabilidade dos indicadores entre os estratos. A reaplicação do método proposto confirma sua validade interna e coerência com o referencial teórico do estudo-base. A atualização da estratificação visa fornecer aos pesquisadores subsídios para avaliação de desempenho da atenção à saúde de municípios em condições semelhantes de território, nível de desenvolvimento econômico e papel regional. Ela busca ampliar as alternativas utilizadas com frequência por pesquisadores e serviços, pautadas apenas no porte

populacional²⁻⁴ ou que utilizam, separadamente, um ou outro fator, como o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) ou a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).²⁰⁻²² Tais opções pareceram insuficientes para identificar estratos homogêneos de municípios, a partir da análise apresentada.

Contribuição das autoras

Willemann MCA e Medeiros JM contribuíram na aquisição e análise dos dados e elaboração de versões preliminares do manuscrito. Lacerda JT e Calvo MCM contribuíram com a concepção do estudo, interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a exatidão e integridade do artigo.

Referências

1. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2019 jul 1];38(esp):13-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>. doi: 10.5935/0103-1104.2014S003
2. Seidl HMF, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno JL. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2019 jul 1];38(esp):94-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>. doi: 10.5935/0103-1104.2014S008
3. Pontes MA, Tavares NUL, Francisco PMSB, Naves JOS. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 ago [citado 2019 jul 1];22(8):2453-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2453.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232017228.18282016
4. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2019 jul 1];51:86. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006831.pdf. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051006831
5. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet] 2016 outubro [citado 2019 jul 1];25(4):767-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf>. doi: 10.5123/s1679-49742016000400010
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 [citado 2019 jan 17]. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/apresentacao/portarias/200-comite-de-estatisticas-sociais/base-de-dados/1147-contagem-da-populacao.html>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [citado 2019 jan 18]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas. Produto interno bruto dos municípios [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [citado 2019 maio 19]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados>

9. Ministério da Cidadania (BR). Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Cadastro único - o que é e para que serve [Internet]. Brasília: Ministério da Cidadania; 2015 [citado 2019 jan 18]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>
10. Ministério da Saúde (BR). VIVA inquérito: vigilância e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência: VIVA inquérito - componente II [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 jan 18]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-inquerito>
11. Fundação Oswaldo Cruz. Laboratório de Informação em Saúde. PROADESS: avaliação do desempenho do sistema de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011 [citado 2018 maio 29]. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>
12. Ministério da Saúde (BR). Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 201- [citado 2018 jun 26]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/avaliativo.html>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 201- [citado 2018 jun 26]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php
14. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus. Informações de saúde (TABNET): demográficas e socioeconômicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 201- [citado 2018 maio 29]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6943&VObj=htp://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?lbge/cnv/popt>
15. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Dados e indicadores do setor [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 201- [citado 2018 maio 29]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
16. Governo do Brasil. Cadastro único para programas sociais – CadÚnico. Brasília: Governo do Brasil; 2017 [citado 2018 maio 29]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2010/03/cadunico>
17. Lima AB, Paes A, Sambiase AGF, Hullen ACN, Ribeiro BAS, Borges CM, et al., editores. Manual do pesquisador - Programa Bolsa Família [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social; 2018 [citado 2019 maio 29]. 86 p. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/manual_do_pesquisador_gestao_bolsa_familia.pdf
18. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev Saúde Pública [Internet]. 2005 dez [citado 2019 jul 1];39(6):930-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26988.pdf>. doi: 10.1590/S0034-89102005000600010
19. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALA. Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2006 Jul-Sep [cited 2019 Jul 1];11(3):683-703. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232006000300016
20. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2015 Apr-Jun [cited 2019 Jul 1];15(2):171-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf>. doi: 10.1590/S1519-38292015000200003
21. Viana AIA, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura IYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2015 jun [citado 2019 jul 1];24(2):413-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>. doi: 10.1590/S0104-12902015000200002
22. 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 [Internet]. 2018 [citado 2019 jul 1];34(4):308-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00072317.pdf>. doi: 10.1590/0102-311x00072317
23. Lima-Costa ME, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2011 set [citado 2019 jul 1];16(16):3689-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232011001000006
24. Carleial LMDF. Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rousseff. Estud Av [Internet]. 2015 set-dez [citado 2019 jul 1];29(85):201-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v29n85/0103-4014-ea-29-85-00201.pdf>. doi: 10.1590/S0103-40142015008500014

25. Limão NP, Ferreira Filho JCC, Protásio APL, Santiago BM, Gomes LB, Machado LS, et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 jun-mar [citado 2019 jul 1];29(1):84-92. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4035/pdf>
26. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CE. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Jul 1];51:86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006831.pdf>. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051006831
27. Vieira FS, Benevides RPS, editores. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2016 [citado 2019 jul 1]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589
28. Denes G, Komatsu BK, Menezes-Filho N. Uma avaliação dos impactos macroeconômicos e sociais de programas de transferência de renda nos municípios brasileiros. *Rev Bras Econ* [Internet]. 2018 jul-set [citado 2019 jul 1];72(3):292-312. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbe/v72n3/0034-7140-rbe-72-03-0292.pdf>. doi: 10.5935/0034-7140.20180014
29. Silva Neto DR, Oliveira SV. Políticas sociais e pobreza no Brasil: desafios em direção ao desenvolvimento humano Social. *Rev Textos Econ* [Internet]. 2017 [citado 2019 jul 1];20(1):51-71. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/economia/article/view/2175-8085.2017v20n1p51/35330>. doi: 10.5007/2175-8085.2017v20n1p51
30. Farias AR, Mingoti R, Valle LB, Spadotto CA, Filho EL. Identificação, mapeamento e quantificação das áreas urbanas do Brasil. *Comun Técn* [Internet]. 2017 maio [citado 2019 jul 1];4:1-5. Disponível em: <https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/176016/1/20170522-COT-4.pdf>

Abstract

Objective: to describe updating of stratification of the Brazilian municipalities in order to evaluate health performance. **Methods:** this was a descriptive and methodological study with stratification of municipalities according to population size and conditions influencing health management, using data from the intercensal period (2015) and showing classification variations compared with the census period (2010); the original data on demographic characteristics, funding capacity and population purchasing power were adjusted for the year 2015 based on a baseline study conducted with census data. **Results:** some 15% of the municipalities were reclassified in the intercensal period, with the main factors of change being the conditions influencing health management. **Conclusion:** the need for intercensal updating of this form of classification was confirmed, given that the socioeconomic conditions of the municipalities vary in the five-year period; Primary Health performance evaluation should consider updated stratifications that include management conditions for the purpose of classification.

Keywords: Health Evaluation; Health Management; Health Planning; Methodology.

Resumen

Objetivo: describir la actualización de la estratificación de los municipios brasileños para evaluación del desempeño en salud. **Métodos:** estudio descriptivo metodológico con estratificación de los municipios según tamaño poblacional y condiciones influyentes de la gestión en salud, utilizando datos del período intercensal (2015) y presentando las variaciones de clasificación comparado al período censal (2010). El origen de los datos de los ejes de características demográficas, capacidad de financiación y poder adquisitivo de la población tuvieron su origen ajustado para 2015 a partir de estudio-base realizado con datos censales. **Resultados:** cerca de 15% de los municipios fueron reclasificados en el período intercensal, teniendo como principales factores de cambio las influencias de la gestión en salud. **Conclusión:** se confirmó la necesidad de actualización intercensal de esta clasificación, ya que las condiciones socioeconómicas de los municipios varían en cinco años. Las evaluaciones de desempeño de la Atención Primaria deben considerar estratificaciones actualizadas y que contengan condiciones de gestión para la clasificación.

Palabras clave: Evaluación en Salud; Gestión en Salud; Planificación en Salud; Metodología.

Recebido em 31/10/2018
Aprovado em 12/06/2019

Editora associada: Suele Manjourany Duro –  orcid.org/0000-0001-5730-0811