

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DE RIBEIRÃO PRETO

DIEGO ROBERTO MELONI

**Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de
Saúde**

RIBEIRÃO PRETO
2015

DIEGO ROBERTO MELONI

Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão das Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Meloni, Diego Roberto

Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde 158p. : Il.; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP- Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Bonacim, Carlos Alberto Grespan

1. Atenção Domiciliar. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política pública em saúde.

Aos meus pais José e Neide que me incentivaram na minha formação, me mostraram as alternativas da vida e o modo resiliente de enfrentar os obstáculos dos caminhos da vida.

Ao meu irmão Gabriel e a minha família.

A minha noiva Gabriela, pelo apoio e compreensão das minhas ausências.

Aos meus amigos da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde.

Aos trabalhadores e pacientes do Programa de Atenção Domiciliar no Brasil.

A todos os profissionais, estudantes, pesquisadores, trabalhadores e pacientes que se interessam pelo tema deste trabalho

AGRADECIMENTOS

À Deus, por estar presente em minha vida e ter me dado a oportunidade dos estudos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim, pelo apoio, aprendizado, dinamismo, sabedoria, compreensão e amizade.

Aos meus pais José e Neide, pela simplicidade, força e auxílio em todos os momentos.

Ao meu irmão Gabriel, pela parceria e companheirismo.

A minha noiva Gabriela, pelo amor, paciência, inteligência e auxílio.

Ao meu tio Nevilson, por ser exemplo de superação nos estudos, mostrando aos seus sobrinhos e filhos que é possível superar os obstáculos.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo.

Aos colegas de trabalho do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS e em especial a equipe da coordenação geral de atenção domiciliar do Ministério da Saúde, ao coordenador Aristides de Oliveira Neto, pela amizade, oportunidade e confiança, e as minhas amigas de trabalho Bruna Ortiz, Kátia Motta, Alyne Melo, Olívia Ugarte, Mariana Borges, Luciana Guimarães e Débora Verdi pelo apoio, vivências e aprendizados.

Aos trabalhadores que vivenciam diariamente o cuidado em atenção domiciliar no SUS e aos pacientes que são os principais atores do motivo dessa pesquisa na busca de melhorias ao SUS.

À todos os professores e funcionários do Centro de Educação e Aperfeiçoamento Profissional em Saúde do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP.

MUITO OBRIGADO !!!

RESUMO

MELONI, D. R. “**Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde**”. 2015. 158f. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão de Organizações de Saúde). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – USP.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde o seu nascimento em 1988, passa por constantes mudanças e transformações que buscam a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e com integralidade do cuidado em saúde. O objetivo geral desse trabalho foi avaliar a distribuição e as possíveis influências para habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios brasileiros a partir da normativa 2527/2011 que redefine a atenção domiciliar no SUS até dezembro de 2013. Nesse período foram habilitados 277 municípios e destes, 166 foram implantados. As variáveis estudadas para os municípios foram o Porte Populacional (PP), Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), Produto Interno Bruto (PIB), Índice Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), cobertura de estratégia de saúde da família (COB-ESF) e a cobertura de saúde suplementar (COB- SS). Os dados coletados foram organizados em banco de dados do programa Statiscal Package Social Science (SPSS), versão 20 para Windows com os valores de significância $p < 0,05$. Os resultados desta pesquisa mostraram que a distribuição da atenção domiciliar está concentrada nas regiões Sudeste e Nordeste e que as variáveis PP, PIB, IDHM, COB- ESF e COB- SS podem influenciar na habilitação da atenção domiciliar e não possuem influência na implantação, que parece estar relacionado com aspectos de gestão. Conclui-se que os municípios sem nenhuma estrutura de média e alta complexidade não tiveram grande sucesso na habilitação e implantação da atenção domiciliar no SUS e que os mecanismos de indução exclusivamente por critérios populacionais podem ser eficazes num primeiro momento na direção da política pública, mas outras vertentes, como o IDSUS, IDHM, COB- ESF dentre outras, podem ser utilizadas a fim de promover a equidade na distribuição da atenção domiciliar e outras políticas públicas de saúde no SUS.

Descritores: Atenção Domiciliar, Sistema Único de Saúde, Política pública em saúde.

ABSTRACT

MELONI, D.R. " **Analysis of the implementation of home care in the Public Health System of Brazil**". 2015. 158f. Thesis (Professional Master in Health Management Organizations). Faculty of Medicine of Ribeirão Preto- USP and Faculty of Economics, Business and Accounting of Ribeirão Preto - USP.

The Unified Health System (SUS) in Brazil, established in 1988, undergoes changes and transformations seeking to consolidate a universal health system, equitable and comprehensive care in health. The research aimed to evaluate the distribution and possible Influences for accreditation and operation of Homecare in Brazilian cities from the 2527/2011 rules that redefines the home care policy in SUS until December 2013. In this period 277 accredited municipalities and 166 were in operation. The variables studied were the Population Porte (PP), SUS Development Index (IDSUS), Gross Domestic Product (PIB), Municipal Human Development Index (IDHM), Health Strategy coverage Family (COB-ESF) and coverage Supplemental Health (COB- SS). Data were organized in Program Database Statiscal Package Social Science (SPSS) version 20 for Windows with significance values $p < 0.05$. These results showed a Homecare distribution concentrated in the Southeast and Northeast of Brazil and what variables such as PP, PIB, IDHM can influence the accreditation of Homecare and not influence the operation, which appears to be related to aspects of management. We conclude that the municipalities without Media Structure and High Complexity, have difficulties for accreditation and operation of home care in the Brazilian health system and induction mechanisms exclusively by population criteria may have been effective at first in directing policy home care for the large municipalities, but other aspects, such as IDSUS, IDHM, COB- ESF among others, can be used to promote equity in the distribution of home care and other policies in the health system of Brazil.

Keywords: Home Care, Health System, public health policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Quantidade de municípios elegíveis por evolução normativa.....	9
Tabela 2- Quantidade de EMAD tipo I e EMAP por porte populacional.....	12
Tabela 3- Tipologia de equipe por porte populacional.....	12
Tabela 4 - Carga horária e categorias profissionais em saúde de acordo com as tipologias de equipes de atenção domiciliar.....	13
Tabela 5 - Quantidade de municípios elegíveis por regiões e por tipologias de equipes.....	15
Tabela 6 - Porcentagem de municípios elegíveis por regiões e por tipologias de equipes.....	16
Tabela 7- Quantidade de municípios elegíveis por estados e por tipologias de equipes.....	17
Tabela 8 - Distribuição da quantidade de habitantes por tipologias de equipes.....	18
Tabela 9 - Quantidade de municípios habilitados e implantados por regiões.....	20
Tabela 10- Quantidade de municípios habilitados e implantados por regiões por tipologia de equipes.....	21
Tabela 11 - Efetividade da implantação de equipes de atenção domiciliar nos municípios habilitados por regiões.....	22
Tabela 12- Quantidade de municípios habilitados e implantados por unidade de federação.....	23

Tabela 13 – Efetividade da implantação das equipes de atenção domiciliar por unidade de federação.....	24
Tabela 14 - Quantidade de municípios habilitados por normativa de atenção domiciliar por regiões.....	26
Tabela 15 - Quantidade de municípios habilitados por normativa de atenção domiciliar por estados.....	27
Tabela 16 - Quantidade de municípios habilitados e implantados por tipo de proponente por estado.....	29
Tabela 17 - Quantidade de equipes EMAD TIPO I habilitadas e implantadas nas regiões e estados.....	32
Tabela 18- Quantidade de equipes EMAD TIPO II habilitadas e implantadas nas regiões e estados.....	34
Tabela 19- Quantidade de equipes EMAD Tipo I SOS habilitadas e implantadas nas regiões e estados.....	36
Tabela 20- Quantidade de equipes EMAP habilitadas e implantadas nas regiões e estados.....	38
Tabela 21 – Divisão por grupos homogêneos (GH) e seus índices.....	40
Tabela 22 – Representatividade do total de municípios no Brasil por Grupo Homogêneo (GH) de acordo com IDSUS (2011).....	41
Tabela 23 – Distribuição de municípios por GH por regiões no Brasil.....	42
Tabela 24 – Municípios habilitados e implantados por regiões divididos por GH.....	43
Tabela 25 – Quantidade de municípios habilitados e implantados por GH.....	44

Tabela 26 – Efetividade de habilitação por GH.....	45
Tabela 27 – Efetividade de implantação por GH.....	45
Tabela 28 – Efetividade de implantação entre os municípios habilitados e implantados por GH.....	46
Tabela 29 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido, segundo o IDSUS (2011).....	46
Tabela 30 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos municípios habilitados, segundo o IDSUS (2011).....	47
Tabela 31 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos municípios implantados, segundo o IDSUS (2011).....	47
Tabela 32 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade, segundo o IDSUS (2011).....	48
Tabela 33 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos municípios habilitados, segundo o IDSUS (2011).....	48
Tabela 34 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos municípios implantados, segundo o IDSUS (2011).....	49
Tabela 35 – Segregação de GH por quantidade de municípios habilitados e implantados.....	50
Tabela 36 - Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados, segundo o IDSUS (2011).....	52

Tabela 37- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados, segundo o IDSUS (2011).....	53
Tabela 38- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados, segundo o IDSUS (2011).....	53
Tabela 39- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados, segundo o IDSUS (2011).....	54
Tabela 40- População por região no Brasil.....	54
Tabela 41- População por estados no Brasil.....	55
Tabela 42- Quantidade de municípios por regiões do Brasil.....	56
Tabela 43- Quantidade de municípios por estados no Brasil e sua representatividade.....	56
Tabela 44 – População do IBGE (2011) por GH, segundo IDSUS (2011).....	57
Tabela 45- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do critério Porte Populacional dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.....	57
Tabela 46- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do critério Porte Populacional dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.....	58
Tabela 47- PIB por região e representatividade (%).....	58
Tabela 48- PIB por estados e representatividade (%).....	60

Tabela 49- PIB dos municípios sem habilitação e dos municípios habilitados e suas representatividades (%)......61

Tabela 50- PIB dos municípios com implantação e dos municípios habilitados sem implantação e suas representatividades (%)......61

Tabela 51- PIB dos municípios com implantação e municípios sem implantação e suas representatividades (%)......62

Tabela 52- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do PIB em reais (R\$) dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.....62

Tabela 53- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do PIB dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.....63

Tabela 54- Distribuição dos municípios no Brasil conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, 2010)......64

Tabela 55- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, 2010)......64

Tabela 56- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal - Educação (IDHME)......65

Tabela 57- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal - Longevidade (IDHML)......65

Tabela 58- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal - Renda (IDHM R)......66

Tabela 59- Distribuição da efetividade dos municípios habilitados em implantar a atenção domiciliar conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).....	66
Tabela 60- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do IDHM dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.....	67
Tabela 61- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do IDHM dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.....	67
Tabela 62 – Coeficiente de Spearman para correlação entre a variável População, PIB e IDHM.....	68
Tabela 63 – Coeficiente de Spearman para correlação entre a variável PIB e IDHM.....	68
Tabela 64. Taxa de cobertura de ESF por regiões e Unidades Federativas.....	70
Tabela 65- Quantidade de municípios com habilitação em atenção domiciliar e média de cobertura de ESF por regiões e estados.....	72
Tabela 66- Quantidade de municípios com implantação em atenção domiciliar e média de cobertura de ESF por regiões e estados.....	74
Tabela 67- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de ESF dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.....	75
Tabela 68- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de Estratégia de Saúde da Família dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.....	76
Tabela 69- Quantidade de usuários do sistema de saúde privado no Brasil por regiões e estados.....	77

Tabela 70- Taxa de cobertura assistencial de saúde privada por regiões e unidades federativas.....	79
Tabela 71- Média de Cobertura do Sistema de Saúde Suplementar dos municípios habilitados por regiões e estados.....	81
Tabela 72- Média de Cobertura do Sistema de Saúde Suplementar dos municípios implantados por regiões e estados.....	83
Tabela 73- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de Saúde Suplementar dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.....	84
Tabela 74- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de Saúde Suplementar dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.....	84
Tabela 75- Resultado do coeficiente de Spearman para correlação entre Cobertura de ESF e Cobertura de Saúde Suplementar.....	85
Tabela 76- Resultado do coeficiente de Spearman para correlação entre Cobertura de ESF e Cobertura de Saúde Suplementar.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentagem de municípios no Brasil por tipologia de equipes de atenção domiciliar.....	14
Gráfico 2. Número de municípios com equipes de atenção domiciliar habilitadas e implantadas no Brasil.....	19
Gráfico 3. Número de municípios e equipes de atenção domiciliar por tipologia habilitadas e implantadas no Brasil.....	30
Gráfico 4. Quantidade de municípios habilitados de acordo com cobertura de ESF....	75

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. Relação de possíveis fatores para habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios.....**51**

Diagrama 2. Tríade de Correlação de fatores para habilitação da atenção domiciliar.....**97**

Diagrama 3. Ciclo vicioso na ocorrência da sobreposição de modelo de atenção de ESF para Atenção Domiciliar.....**99**

Diagrama 4. Fatores que podem levar a gestão a habilitar a atenção domiciliar.....**100**

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1. Serviço de Atenção e Internação Domiciliar de Campinas (SAID), existente desde 1993.....**86**

Imagem 2. Serviço de Atenção e Internação Domiciliar de Campinas (SAID), existente desde 1993.....**88**

Imagem 3. Quarto do paciente que faz tratamento domiciliar. Estrutural/DF.....**91**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivos Gerais.....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. METODOLOGIA.....	6
3.1 Método do Estudo.....	6
3.2 População do Estudo.....	6
3.3 Coleta de Dados.....	7
3.4 Instrumentos e análises de dados.....	7
4. RESULTADOS.....	9
4.1 Caracterização normativa da atenção domiciliar no Brasil.....	9
4.2 Modalidades de Equipes de Atenção Domiciliar.....	10
4.2.1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo I.....	10
4.2.2 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo I SOS Emergências	10
4.2.3 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo II	11
4.2.4 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo II Consórcio	11
4.2.5 Equipe Multiprofissional de Apoio.....	11
4.3 Distribuição dos critérios de elegibilidade por regiões, estados e municípios.....	14
4.4 Habilitação e Implantação da Atenção Domiciliar no Brasil.....	19

4.4.1	Municípios Habilitados e Implantados por normativa e tipo de proponente.....	25
4.4.2	Quantidade de Equipes Habilitadas e Implantadas por tipologia.....	30
4.5	Municípios Habilitados e Implantados em Atenção Domiciliar de acordo com o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS).....	39
4.6	Índice de Acesso Potencial ou Obtido (IAPO).....	52
4.7	Índice de Efetividade (IESUS).....	53
4.8	Critério Porte Populacional.....	54
4.9	Produto Interno Bruto (PIB).....	58
4.10	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).....	63
4.11	Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	69
4.12	Cobertura da Saúde Suplementar.....	76
5.	DISCUSSÃO.....	86
5.1	Atenção domiciliar e o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS).....	89
5.2	Atenção domiciliar e o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS).....	94
5.3	Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Suplementar.....	97
6.	CONCLUSÃO.....	101
7.	REFERÊNCIAS.....	103
8.	ANEXOS.....	110

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados em saúde realizados no domicílio são históricos e já estão descritos no Egito Antigo e também na Grécia (BENJAMIM, 1993). Na Europa da idade média, antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatorios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado (SILVA et al, 2005).

A primeira experiência brasileira da organização de um serviço de atenção domiciliar foi em 1949 no Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), organizado para os assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (REHEM e TRAD, 2005)

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde o seu nascimento em 1988, passa por constantes mudanças e transformações que buscam a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e com integralidade do cuidado em saúde e a partir de 1990, começam a ampliar as experiências em atenção domiciliar no Brasil, onde o domicílio é utilizado como espaço de atenção que busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar (SILVA et al, 2010).

Com a mudança do caráter demográfico e epidemiológico (envelhecimento populacional, maior controle das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis) e a herança histórica do modelo médico centrado e de tecnologia dura (exames sofisticados, aparelhos de última geração), os custos da saúde tornaram-se cada vez mais elevados, necessitando assim de uma integração em rede a fim de uma gestão solidária, compartilhada, eficaz e eficiente (BRASIL, 2012).

A consequência desse modelo de atenção, o chamado modelo médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica (SILVA, 2006), é a ineficiência, constatada nos crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias com uma contrapartida decrescente de resultados. Este fato se deve que este modelo foca-se na doença e não no cuidado integral do paciente, além de ampliar os custos com grande quantidade de exames para apoio diagnóstico.

Existe uma necessidade no âmbito da gestão pública de implantar estratégias de cuidado em saúde com baixo custo e alta resolubilidade. Assim, a atenção domiciliar (AD), como um novo ponto de atenção que se articula e integra-se com toda a rede de

cuidados em saúde, constitui uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio (BRASIL, 2012). Na atenção domiciliar, o ambiente domiciliar e as relações familiares diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, reinserindo o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção.

A AD possibilita, assim, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto atendimento de urgência e emergência e proporciona o apoio as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização.

Silva et al (2010) mostra que o novo cenário de cuidado domiciliar em saúde, a família e o usuário retomam a centralidade na produção do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2012), a AD proporciona não é uma redução de custos, e sim o uso mais adequado dos recursos, pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção, tratando-se de uma otimização dos recursos, e não de usar menos recursos.

O princípio da normatização da atenção domiciliar no SUS ocorreu por meio da publicação da Portaria nº 2.416 de 23 de Março de 1998, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, incluindo na tabela do SUS o grupo de procedimentos no Sistema de Internação Hospitalar (SIH- SUS) (BRASIL, 1998).

Diversas experiências e projetos de cuidado em domicílio foram criados e outros se expandindo no Brasil, com múltiplos modelos e características, sendo destaque o Programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids (ADT – Aids) na década dos anos 2000 e o programa direcionado à atenção dos idosos, que contam com portarias específicas. A maioria das experiências brasileiras em atenção domiciliar, nessa época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde e de hospitais, nos três níveis de governo, e não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de

financiamento, com ideário diverso, desde o contexto de substituição dos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção e formas de racionalização de recursos assistenciais (CARVALHO, 2009).

Em 4 de setembro de 2001, foi instituída a Portaria GM/MS nº 1.531, que propiciava aos pacientes de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas financiadas pelo SUS, normativa esta que ampliava o leque de ações em atenção domiciliar no SUS para o grupo de pacientes específicos. Em 2002, foi estabelecida a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 que acrescenta o capítulo VI e artigo 19 na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelecendo no âmbito do SUS, o atendimento e a internação domiciliar (BRASIL, 2012). Ainda em 2002, em 16 de abril, foi publicada a Portaria SAS/MS nº 249, estabelecendo a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (REHEM; TRAD, 2005).

Em junho de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 1.370, regulamentada pela Portaria SAS/MS nº 370, de julho de 2008, a normativa de 2001 que beneficiava apenas os portadores de distrofia muscular progressiva, ampliou o rol das patologias elegíveis para cadastramento no programa, sendo ainda restrito a doenças neuromusculares e excluindo causas frequentes de insuficiência respiratória permanente, como o trauma raquimedular dentre outros.

Em 2006, foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC- ANVISA) nº 11, datada de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.529/2006, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2006).

Apesar de ter se constituído como avanço, no sentido em que retomou a discussão de forma mais ampla e ainda estabelecia o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes, a Portaria nº 2.529/2006 foi revogada em agosto de 2011. Entre 2006 e 2011, observa-se uma lacuna na análise da regulamentação da atenção domiciliar em nível federal.

No início de 2011 é publicada a Portaria nº 1600 de 07 de Julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, inserindo a atenção domiciliar como componente dessa rede. Dessa forma, foi publicada a Portaria nº 2.029, em agosto de 2011, que instituiu a atenção domiciliar no âmbito do SUS e revoga a Portaria nº 2.529, de 2006 (BRASIL, 2012).

Em outubro de 2011 é publicada a Portaria 2.527/2011, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, onde são elegíveis para habilitação e credenciamento os municípios com população acima de 100 mil habitantes ou população de 40 à 100 mil habitantes localizados em região metropolitana, desde que tenham os critérios básicos de Serviço de Ambulância Móvel de Urgência (SAMU) ou Serviço Móvel de Urgência próprio e Hospital de retaguarda com porte acima de 50 leitos. Essa normativa institui o repasse de custeio mensal para as equipes de atenção domiciliar credenciadas no Ministério da Saúde, via Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) ou Fundo Estadual de Saúde (FES). O repasse realizado para o FMS seria feito por meio do bloco de financiamento do SUS do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) e o repasse para o FES por meio do bloco de financiamento do SUS do teto de Média e Alta Complexidade (Teto MAC). Assim, as equipes de atenção domiciliar cadastradas antes da normativa de outubro de 2011 e que não desejavam migrar para essa, continuam a receber o recurso por produtividade via Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Posteriormente, ocorrem mudanças nos critérios de elegibilidade dos municípios para credenciamento no programa de atenção domiciliar, sendo instituída a Portaria nº 1.533/2012, que amplia a possibilidade de credenciamento para qualquer município com população acima de 40 mil habitantes, desde que mantenha os critérios básicos de Serviço de Ambulância Móvel de Urgência (SAMU) ou Serviço Móvel de Urgência próprio e Hospital de retaguarda com porte acima de 50 leitos. Em seguida, após solicitações dos gestores municipais e estaduais e aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), é instituída a Portaria nº 963/2013 que universaliza o credenciamento dos municípios brasileiros para o programa de atenção domiciliar no SUS, definindo novos critérios de porte populacional e tipologias de equipes, desde que esses mantenham os critérios básicos de retaguarda móvel de urgência e hospital de retaguarda.

Essas portarias são o marco da atenção domiciliar no SUS, que era incipiente e realizada por custeio próprio nos estados e municípios. Assim, estas publicações instituem a participação federal no custeio das equipes de atenção domiciliar no SUS.

Segundo Silva et al (2013), no campo da formulação de políticas públicas, os estudos em atenção domiciliar são bastante escassos e concentram-se em relatos de experiências bem-sucedidas em um determinado país ou município.

Frente à necessidade de estudos sobre novos modelos assistenciais inovadores de cuidado no âmbito do SUS, com inserção da atenção domiciliar nesse contexto, é essencial a análise, avaliação e compreensão da implantação desse programa de saúde pública a fim de elucidar como se deu a distribuição, o perfil e a forma da incorporação desse programa de saúde pública nos municípios brasileiros.

Este estudo tem como objetivo descrever e analisar a implantação da atenção domiciliar a partir da Portaria nº 2.527/2011 que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e verificar as variáveis de distribuição desse programa entre os municípios, desde aspectos demográficos quanto de estrutura de saúde. A pesquisa tem importância inovadora, pois até o momento não há publicações que avaliem a atenção domiciliar a partir da normativa atual e pode apoiar na instituição de novas pesquisas em saúde no âmbito público.

2. OBJETIVOS

2.1- Geral.

Descrever e avaliar a distribuição e as possíveis influências para habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios brasileiros a partir da normativa 2527/2011 que redefine a atenção domiciliar no SUS.

2.2 - Específicos.

Comparar e analisar as regiões, estados e municípios do Brasil que habilitaram e implantaram a atenção domiciliar;

Comparar e analisar a evolução da habilitação e implantação nas regiões, estados e municípios do Brasil de acordo com as mudanças dos critérios de elegibilidade;

Analisar a relação da habilitação e implantação da atenção domiciliar a partir do Índice do Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) dos municípios brasileiros;

Analisar a relação da habilitação e implantação da atenção domiciliar comparados com o porte populacional dos municípios brasileiros;

Analisar a relação da habilitação e implantação da atenção domiciliar comparados com o Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios brasileiros;

Analisar a relação da habilitação e implantação da atenção domiciliar comparados com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios brasileiros;

Analisar a relação da habilitação e implantação da atenção domiciliar comparados com a Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos municípios brasileiros;

Analisar a relação da habilitação e implantação da atenção domiciliar comparados com a Cobertura da Saúde Suplementar dos municípios brasileiros;

3. METODOLOGIA

3.1 - Método do Estudo

A pesquisa caracteriza-se o método de estudo transversal analítico entre a distribuição da habilitação e implantação da normativa de atenção domiciliar entre os municípios brasileiros e a possível relação com o Porte Populacional (PP), Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), Produto Interno Bruto (PIB), Índice Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), cobertura de estratégia de saúde da família (ESF) e a cobertura de saúde suplementar. Os estudos transversais caracterizam-se por serem feitos a partir de uma população ou amostra, sem que o investigador saiba, a priori quem são os expostos e não expostos a determinado fator, e o estudo analítico busca estabelecer relações entre uma possível causa e o evento objeto de estudo (FRANCO e PASSOS, 2011)

3.2 – População

Os participantes desta pesquisa foram os municípios que tiveram habilitação e implantação da atenção domiciliar a partir da normativa 2.527/2011 que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. A habilitação refere-se aos municípios que estão credenciados com portaria específica no Ministério da Saúde, a partir da elaboração de

projeto e aprovação pelo Colegiado Intergestores Bipartite (CIB) do seu estado, mas que podem ou não estarem com equipes em funcionamento. A implantação refere-se aos municípios que estão habilitados, com a equipe de atenção domiciliar cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e em funcionamento. O repasse do custeio federal ao município é realizado na fase de implantação. O período da amostra será do início da normativa que redefine a atenção domiciliar no SUS, em Outubro de 2011 à Dezembro de 2013, considerando todos os municípios credenciados e implantados.

3.3 – Coleta de Dados

O levantamento dos municípios habilitados e implantados em atenção domiciliar foi realizado através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE) e o Portal do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS de consulta pública.

O levantamento do IDSUS foi realizado através do Portal do IDSUS/Ministério da Saúde e pela Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE) de consulta pública;

Para levantamento da População, Produto Interno Bruto (PIB) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios foram realizadas consultas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de consulta pública;

O levantamento da cobertura da estratégia de saúde da família foi realizado por meio de consulta ao histórico de cobertura de saúde da família do Portal do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS de consulta pública;

O levantamento da cobertura de saúde suplementar foi realizado por meio do Tabnet da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de consulta pública;

3.4- Instrumentos e Análise de dados

As informações coletadas sobre habilitação e implantação da atenção domiciliar nos sites de domínio público foram inseridas em planilha Excel e classificadas dentro do universo dos 5570 municípios brasileiros. Em seguida, inserido os dados do IDSUS, PIB, IDHM, Cobertura de ESF e Cobertura de saúde suplementar,

sendo necessário à criação de uma tabela dinâmica para categorização e elaboração dos dados descritivos.

A análise das variáveis quantitativas foram apresentadas através da média (M), desvio padrão (DP), mediana (MED), máximo (MAX) e Mínimo (MIN). Concomitante a análise dos dados ocorreu a interpretação dos mesmos, para seguir a redação do relatório final de pesquisa.

Para análise da amostra, utilizou-se o programa Statiscal Package Social Science (SPSS), versão 20 para Windows e os valores de significância $p < 0,05$.

As análises entre os grupos de municípios com as variáveis do estudo foram realizadas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney (Wilcoxon rank-sum test), indicado para comparação de dois grupos não pareados para se verificar se pertencem ou não à mesma população, sendo que a maior separação dos dados em conjunto indica que as amostras são distintas, rejeitando-se a hipótese de igualdade das medianas.

Para a análise da relação das variáveis categóricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, uma técnica não-paramétrica para avaliar o grau de relacionamento entre observações emparelhadas de duas variáveis, com os dados dispostos em postos, com o objetivo de determinar como dois conjuntos de postos concordam ou não (COLLINS e HUSSEY, 2005).

4- RESULTADOS

Primeiramente será apresentada a descrição da normatização da atenção domiciliar no Brasil, mostrando seus critérios de elegibilidade e distribuição das tipologias de equipes para melhor compreensão dos resultados.

4.1 Caracterização normativa da atenção domiciliar no Brasil

Esse estudo abrange 3 (três) normativas de atenção domiciliar no Brasil, que são as mais recentes e que redefinem a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Essa redefinição passa por mudanças de critérios de elegibilidade de acordo com o porte populacional dos municípios, o tipo de proponente para credenciamento, a tipologia das equipes de atenção domiciliar dentre outros.

A primeira normativa, a Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011, instituiu os critérios de elegibilidade para credenciamento aos municípios com população acima de 100 mil habitantes e de regiões metropolitanas, totalizando 6% (350) dos municípios no Brasil.

Em seguida, ocorre à redefinição de alguns critérios com a segunda normativa, a Portaria 1.533 de 16 de julho de 2012, que amplia a abrangência para credenciamento dos municípios com população acima de 40 mil habitantes, totalizando 15% (815) dos municípios brasileiros. Por último, a terceira normativa, a Portaria 963 de 27 de maio de 2013, que universaliza o credenciamento da atenção domiciliar para todos os municípios brasileiros e classifica a modalidade de equipe da atenção domiciliar conforme o porte populacional. A Tabela 1 apresenta a quantidade de municípios elegíveis por normativa:

Tabela 1- Quantidade de municípios elegíveis por evolução normativa.

Normativas	Critérios	Quantidade de municípios elegíveis
1º Normativa: Pt. 2.527/2011	Municípios com população acima 100 mil habitantes e regiões metropolitanas	350
2º Normativa: Pt. 1.533/2012	Municípios com população acima de 40 mil habitantes	815
3º Normativa: Pt. 963/2013	Todos os municípios com classificação por porte populacional	5570

4.2 Modalidades de Equipes de Atenção Domiciliar

Desde a primeira normativa em 2011, as equipes de atenção domiciliar eram denominadas Equipe Multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de apoio (EMAP). Com a terceira normativa no ano de 2013, as equipes passaram a ter modalidades de acordo com o porte populacional do município conforme descrição abaixo:

4.2.1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo I (EMAD TIPO I)

A EMAD tipo I é a modalidade de equipe para os municípios com população acima de 40 mil habitantes e possui composição mínima de 1 médico de 40 horas semanais ou 2 médicos de 20 horas semanais, 1 enfermeiro de 40 horas semanais ou 2 enfermeiros de 20 horas semanais, 1 fisioterapeuta e/ou 1 assistente social de 30 horas semanais e carga horária de auxiliar ou técnico de enfermagem de no mínimo 120 horas semanais. Os municípios podem ter mais de uma EMAD tipo I, de acordo com o porte populacional, e cada EMAD tipo I faz a cobertura de um território médio de 100 mil habitantes. A segunda EMAD tipo I pode ser solicitada quando o município possuir populações acima de 150 mil habitantes e sucessivamente novas EMAD tipo I a cada 100 mil habitantes.

4.2.2- Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo I SOS Emergências (EMAD TIPO I SOS)

A Equipe Multiprofissional de atenção domiciliar SOS Emergências (EMAD tipo I SOS), foi constituída pela Portaria 1.208 de 18 de Junho de 2013, que integra a atenção domiciliar aos Hospitais credenciados no Programa SOS Emergências, que busca a implementação do Componente Hospitalar da rede de urgências e emergências, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do SUS nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS. Além do teto de EMAD Tipo I de acordo com o critério populacional, o município que possuir hospital do Programa SOS Emergências pode pleitear (1) uma EMAD Tipo I SOS, extra teto, articulando com as demais do território, funcionando como mecanismo regulador da atenção domiciliar no município e atuando na desospitalização dentro do hospital. A composição mínima é de 1 médico de 40 horas semanais ou 2 médicos de 20 horas semanais, 1 enfermeiro de 40 horas semanais ou 2 enfermeiros de 20 horas semanais, 1 fisioterapeuta e/ou 1 assistente

social de 30 horas semanais e carga horária de auxiliar ou técnico de enfermagem de no mínimo 120 horas semanais.

4.2.3 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo II (EMAD TIPO II)

A EMAD tipo II é a modalidade de equipe para os municípios com população entre 20 e 39.999 mil habitantes e possui composição mínima de 1 médico de 20 horas semanais, 1 enfermeiro de 30 horas semanais, 1 fisioterapeuta e/ou 1 assistente social de 30 horas semanais e carga horária de auxiliar ou técnico de enfermagem de no mínimo 120 horas semanais. Os municípios podem ter somente uma EMAD tipo II e essa equipe faz a cobertura de todo o território.

4.2.4 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo II Consórcio (EMAD TIPO II CONSÓRCIO)

A EMAD tipo II Consórcio é a modalidade de equipe para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, que necessitam organizar-se via consórcio, unindo 2 (dois) ou mais municípios para o pleito da atenção domiciliar junto ao Ministério da Saúde, sendo necessário completar população mínima de 20 mil habitantes. A composição mínima da equipe é de 1 médico de 20 horas semanais, 1 enfermeiro de 30 horas semanais, 1 fisioterapeuta e/ou 1 assistente social de 30 horas semanais e carga horária de auxiliar ou técnico de enfermagem de no mínimo 120 horas semanais. O agrupamento de municípios pode ter somente uma EMAD tipo II Consórcio e essa equipe faz a cobertura de todos os territórios do consorciamento.

4.2.5 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)

A EMAP é uma equipe de apoio que pode compor a EMAD tipo I, a EMAD tipo II e a EMAD tipo II Consórcio, mas com alguns critérios pré definidos. Os municípios com EMAD tipo I podem ter 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD tipo I. A EMAD tipo II e a EMAD tipo II Consórcio podem ter somente 1(uma) EMAP. A EMAD tipo I SOS não pode possuir EMAP.

A composição mínima é de três categorias profissionais de nível superior, completando no mínimo 90 horas semanais, dentre os profissionais nutricionistas,

farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

A Tabela 2 mostra a quantidade de EMAD tipo I e EMAP para municípios com população acima de 40 mil habitantes:

Tabela 2- Quantidade de EMAD tipo I e EMAP por porte populacional:

População	EMAD TIPO I	EMAP
De 40.000 a 149.999 mil habitantes	1	1
De 150.000 a 249.999 mil habitantes	2	1
De 250.000 a 349.999 mil habitantes	3	1
De 350.000 a 449.999 mil habitantes	4	2
De 450.000 a 549.999 mil habitantes	5	2
De 550.000 a 649.999 mil habitantes	6	2
De 650.000 a 749.999 mil habitantes	7	3
...	...	...

Cada tipologia de equipe é determinada pelo porte populacional do município, conforme mostra a Tabela 3 abaixo:

Tabela 3- Tipologia de equipe por porte populacional.

População do Município	EMAD TIPO I	EMAD TIPO II	EMAD TIPO II CONSÓRCIO	EMAP
1. Acima de 40 mil habitantes	X	-	-	X
2. De 20 a 39.999 mil habitantes	-	X	-	X
3. Abaixo de 20 mil habitantes, com agrupamento de 1 ou mais municípios para obter população mínima de 20 mil habitantes.	-	-	X	X

Cada tipo de equipe, de acordo com o porte populacional, possui uma composição mínima requerida pelo Ministério da Saúde para credenciamento no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A Tabela 4 abaixo relaciona a tipologia da equipe com a carga horária de cada categoria profissional:

Tabela 4 - Carga horária e categorias profissionais em saúde de acordo com as tipologias de equipes de atenção domiciliar.

Categoria profissional e carga horária semanal-EMAD tipo I e EMAD SOS Emergências	Categoria profissional e carga horária semanal-EMAD tipo II e EMAD tipo II Consórcio	Categoria profissional e carga horária semanal-EMAP
1 médico (a) 40 hs ou 2 médicos (as) de 20 hs cada	1 médico de 20 hs	Escolha do gestor municipal de no mínimo 3 (três) categorias profissionais, com carga horária mínima total de 90 hs semanais dentre Nutricionista, Farmacêutico, Terapeuta Ocupacional, Odontólogo, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta e Assistente Social
1 enfermeiro (a) 40 hs ou 2 enfermeiros (as) de 20 hs cada	1 enfermeiro (a) 30 hs	
1 fisioterapeuta e/ou assistente social 30 hs ou 2 de 20 hs	1 fisioterapeuta e/ou assistente social de 30 hs ou 2 de 20 hs	
120 horas de auxiliares ou técnicos de enfermagem	120 horas de auxiliares ou técnicos de enfermagem	

4.3 Distribuição dos critérios de elegibilidade por regiões, estados e municípios.

De acordo com as regras das normativas de atenção domiciliar no Brasil, 15% (815) dos municípios possuem população acima de 40 mil habitantes, aptos para EMAD tipo I, 16% (914) dos municípios possuem população entre 20 e 39.999 mil habitantes, aptos para EMAD tipo II e 69% (3841) dos municípios possuem população abaixo de 20 mil habitantes, aptos para EMAD tipo II Consórcio), de acordo com o Gráfico 1 abaixo:

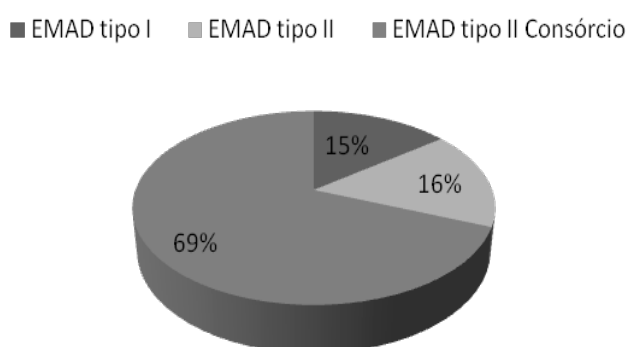


Gráfico 1. Porcentagem de municípios no Brasil por tipologia de equipes de atenção domiciliar.

Na avaliação da distribuição dos critérios de elegibilidade nas regiões brasileiras, dos 815 municípios elegíveis para habilitação de EMAD tipo I, 37% (304) estão concentrados na região Sudeste, 30% (244) na região Nordeste, 16% (129) na região Sul, 11% (87) na região Norte e 6% (51) na região Centro Oeste. Esses dados mostram que 67% dos municípios elegíveis para essa modalidade estão concentrados na região Sudeste e Nordeste.

Na análise dos estados, 20 % (163) dos municípios estão localizados no estado de São Paulo, 11% (86) no estado de Minas Gerais, 8% (66) no estado da Bahia, 7% (53) no estado do Pará, 6% (52) no estado do Rio Grande do Sul e 6% (45) no estado do Ceará, totalizando em seis (6) estados 58% (465) dos municípios elegíveis no Brasil para essa modalidade.

Dos 914 municípios elegíveis para habilitação de EMAD tipo II, 42% (385) estão concentrados na região Nordeste, 26% (234) na região Sudeste, 15% (134) na região Sul, 10% (95) na região Norte e 7% (66) na região Centro Oeste. Esses dados mostram que 68% dos municípios elegíveis estão na região Nordeste e Sudeste.

Nos estados, 12% (113) estão localizados no estado da Bahia, 11% (99) no estado de Minas Gerais, 10% (87) no estado de São Paulo, 7% (62) no estado de Pernambuco, 7% (58) no estado do Maranhão e 6% (55) no estado do Rio Grande do Sul. Esses 6 estados totalizam 53% (474) dos municípios elegíveis no Brasil para essa modalidade.

Dos 3841 municípios elegíveis para habilitação de EMAD tipo II Consórcio, 30% (1165) estão localizados na região Nordeste, 29% (1130) na região Sudeste, 24% (928) na região Sul, 9% (350) na região Centro Oeste e 7% (268) na região Norte. Esses dados mostram que 59% dos municípios elegíveis estão na região Nordeste e Sudeste.

Nos estados, 17% (668) estão localizados no estado de Minas Gerais, 10% (395) no estado de São Paulo, 10% (390) no estado do Rio Grande do Sul, 8% (307) no estado do Paraná, 6% (238) no estado da Bahia e 6% (231) no estado de Santa Catarina. Esses seis (6) estados totalizam 57% (2229) dos municípios elegíveis no Brasil para essa modalidade.

A Tabela 5 e 6 apresenta a quantidade e porcentagem de municípios elegíveis por regiões e suas tipologias de equipes e a Tabela 7 apresenta a quantidade de municípios elegíveis por estados e suas tipologias de equipes:

Tabela 5 - Quantidade de municípios elegíveis por regiões e por tipologias de equipes:

Regiões	População	Quantidade de Municípios	EMAD TIPO I (População acima de 40 mil habitantes)	EMAD TIPO II (População entre 20 e 40 mil habitantes)	EMAD TIPO II CONSÓRCIO (População abaixo de 20 mil habitantes)
Sudeste	85.115.623	1668	304	234	1130
Nordeste	56.186.190	1794	244	385	1165
Sul	29.016.114	1191	129	134	928
Norte	17.231.027	450	87	95	268
Centro Oeste	15.219.608	467	51	66	350
Total	202.768.562	5570	815	914	3841

Tabela 6 - Porcentagem de municípios elegíveis por regiões e por tipologias de equipes:

Regiões	População	Quantidade de Municípios	% EMAD TIPO I (População acima de 40 mil habitantes)	% EMAD TIPO II (População entre 20 e 40 mil habitantes)	% EMAD TIPO II CONSÓRCIO (População abaixo de 20 mil habitantes)
Sudeste	85.115.623	1668	37%	26%	29%
Nordeste	56.186.190	1794	30%	42%	30%
Sul	29.016.114	1191	16%	15%	24%
Norte	17.231.027	450	11%	10%	7%
Centro Oeste	15.219.608	467	6%	7%	9%
Total	202.768.562	5570	100%	100%	100%

Tabela 7- Quantidade de municípios elegíveis por estados e por tipologias de equipes:

UF	População	Quantidade de Municípios	EMAD TIPO I (População acima de 40 mil habitantes)	EMAD TIPO II (População entre 20 e 40 mil habitantes)	EMAD TIPO II CONSÓRCIO (População abaixo de 20 mil habitantes)
AC	790.101	22	3	4	15
AL	3.321.730	102	15	27	60
AM	3.873.743	62	13	24	25
AP	750.912	16	3	1	12
BA	15.126.371	417	66	113	238
CE	8.842.791	184	45	52	87
DF	2.852.372	1	1	0	0
ES	3.885.049	78	13	25	40
GO	6.523.222	246	27	27	192
MA	6.850.884	217	35	58	124
MG	20.734.097	853	86	99	668
MS	2.619.657	79	11	18	50
MT	3.224.357	141	12	21	108
PA	8.073.924	144	53	49	42
PB	3.943.885	223	12	20	191
PE	9.277.727	185	44	62	79
PI	3.194.718	224	8	19	197
PR	11.081.692	399	43	49	307
RJ	16.461.173	92	42	23	27
RN	3.408.510	167	10	18	139
RO	1.748.531	52	9	11	32
RR	496.936	15	1	1	13
RS	11.207.274	497	52	55	390
SC	6.727.148	295	34	30	231
SE	2.219.574	75	9	16	50
SP	44.035.304	645	163	87	395
TO	1.496.880	139	5	5	129
Total	202.768.562	5570	815	914	3841

Ao analisar as populações por tipologias de elegibilidade, os 815 municípios elegíveis para EMAD tipo I, ou seja, 15% dos municípios brasileiros que possuem a população acima de 40 mil habitantes, totalizam 71% (144.668.428) dos habitantes do Brasil. Os 914 municípios elegíveis para EMAD tipo II, ou seja, 16% dos municípios brasileiros que possuem a população entre 20 e 40 mil habitantes, totalizam 13% (25.471.575) dos habitantes do Brasil e os 3841 municípios elegíveis para EMAD tipo II Consórcio, ou seja, 69% dos municípios brasileiros que possuem população abaixo de 20 mil habitantes, totalizam 16% (32.628.559) dos habitantes do Brasil. A Tabela 8 mostra a distribuição da quantidade de habitantes por tipologias de equipes:

Tabela 8 - Distribuição da quantidade de habitantes por tipologias de equipes.

Tipologia de Equipes	Quantidade de municípios	(%)	Quantidade de habitantes	(%)
EMAD Tipo I	815	15%	144.668.428	71%
EMAD Tipo II	914	16%	25.471.575	13%
EMAD Tipo II CONSÓRCIO	3841	69%	32.628.559	16%
Total	5570	100%	202.768.562	100%

4.4 Habilitação e Implantação da Atenção Domiciliar no Brasil

A habilitação na atenção domiciliar refere-se ao credenciamento perante o Ministério da Saúde com publicação de portaria específica, não atrelada ao recebimento de recursos federais, que só passa a ser transferido ao município ou estado quando a equipe com seus respectivos profissionais estejam implantadas, ou seja, inseridos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e em funcionamento. A partir da inserção da equipe no SCNES, o município passa a receber os recursos federais.

Desde a redefinição da atenção domiciliar com a normativa 2.527 de 27 de Outubro de 2011 até dezembro de 2013, foram habilitados 277 municípios, sendo 239 para tipologia EMAD tipo I e 38 para EMAD tipo II, representando 5% do total dos municípios brasileiros. Desses, 166 municípios possuem implantação, sendo 154 para tipologia EMAD tipo I e 12 para EMAD tipo II. No período do estudo não houve nenhum município habilitado ou implantado para tipologia EMAD tipo II Consórcio.

O resultado abaixo no Gráfico 2 mostra a quantidade total de municípios habilitados e implantados no período de Outubro de 2011 à Dezembro de 2013:

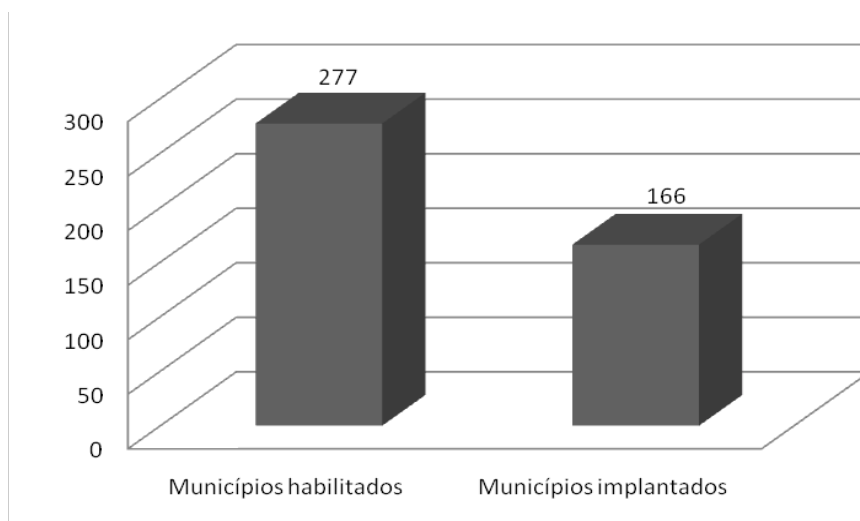


Gráfico 2. Número de municípios com equipes de atenção domiciliar habilitadas e implantadas no Brasil.

Na análise da habilitação dos municípios, a região Sudeste possui o maior número de municípios habilitados (133), representando 48 % do total das habilitações, seguido pela região Nordeste com 92 municípios habilitados (33%), região Sul com 22 municípios habilitados (8%) e região Norte e Centro Oeste com 15 municípios habilitados (5%) cada. Do total dos municípios habilitados no Brasil, as regiões Sudeste e Nordeste representam 81% (225). Quando analisado por tipologia de equipe, as regiões Sudeste e Nordeste representam 81% dos municípios habilitados para EMAD tipo I, 50% e 31% respectivamente e 81% dos municípios habilitados para EMAD tipo II, 34% e 47% respectivamente. A região Norte não possui nenhuma EMAD tipo II habilitada.

Em relação à implantação, a região Sudeste apresenta a maior quantidade de municípios, representando 48% (79) do total das implantações, seguidos pela região Nordeste com 32% (53), a região Sul com 7% (12), a região Norte com 7% (11) e a região Centro Oeste com 7% (11). As regiões Sudeste e Nordeste representam 80% (132) do total de municípios implantados. Quando analisado por tipologia de equipe, as regiões Sudeste e Nordeste representam 80% das implantações para EMAD tipo I, 49% e 31% respectivamente e 75% das implantações para EMAD tipo II, 25% e 50% respectivamente. A região Norte não possui EMAD tipo II implantada.

A Tabela 9 mostra a quantidade de municípios habilitados e implantados por regiões e a Tabela 10 mostra a quantidade de municípios habilitados e implantados por tipologia de equipes.

Tabela 9 - Quantidade de municípios habilitados e implantados por regiões.

Regiões	Municípios Habilitados	Municípios Implantados
Centro Oeste	15	11
Nordeste	92	53
Norte	15	11
Sudeste	133	79
Sul	22	12
Total	277	166

Tabela 10- Quantidade de municípios habilitados e implantados por regiões por tipologia de equipes:

Regiões	Municípios Habilitados EMAD TIPO I	Municípios Habilitados EMAD TIPO I	Municípios Implantados EMAD TIPO II	Municípios Implantados EMAD TIPO II
Centro Oeste	12	9	3	2
Nordeste	74	47	18	6
Norte	15	11	0	0
Sudeste	120	76	13	3
Sul	18	11	4	1
Total	239	154	38	12

Na avaliação da efetividade de implantação da atenção domiciliar pelos municípios habilitados, ou seja, a quantidade de municípios habilitados que estão com ao menos (1) equipe em funcionamento, 60% (166) dos municípios encontram-se com implantação. A região Norte e Centro Oeste mostraram que 73% dos seus municípios habilitados implantaram ao menos uma (1) equipe de atenção domiciliar, mas o quantitativo de municípios é menor quando comparado com outras regiões. A região Sudeste tem o índice de 59% e a região Nordeste com 58% e juntos somam 81% do quantitativo de municípios habilitados e 80% dos municípios implantados. A região Sul tem índice de 55% de implantação. Se analisarmos por tipologia, os municípios com habilitação para EMAD tipo I tem 64% de efetividade e os municípios com habilitação para EMAD tipo II tem 32% de efetividade, pressupondo que os municípios de maior porte populacional tem mais capacidade de implantar ao menos uma (1) equipe de atenção domiciliar.

A Tabela 11 abaixo mostra a efetividade da implantação de equipes de atenção domiciliar nos municípios habilitados por regiões no Brasil:

Tabela 11 - Efetividade da implantação de equipes de atenção domiciliar nos municípios habilitados por regiões.

Regiões	Municípios Habilitados	Municípios Implantados	% Efetividade
Centro Oeste	15	11	73%
Nordeste	92	53	58%
Norte	15	11	73%
Sudeste	133	79	59%
Sul	22	12	55%
Total	277	166	60%

Na análise dos municípios habilitados por estado, o estado de São Paulo habilitou 30% (82) dos municípios, seguido do estado da Bahia com 11% (30), estado de Minas Gerais 8% (22), Rio de Janeiro 8% (22) e o estado do Ceará com 6% (16) do total de municípios habilitados. Os outros estados possuem 10 ou menos municípios habilitados. O único sem habilitação é o estado de Roraima da região Norte. Esses cinco (5) estados, três (3) da região Sudeste e dois (2) da região Nordeste representam 62% (172) da quantidade de municípios habilitados.

Em relação à implantação, o estado de São Paulo possui 27% (45) do total dos municípios implantados, o estado do Rio de Janeiro 11% (18), Bahia 11% (18), o estado de Minas Gerais com 10% (16), o estado do Ceará e Goiás com 5% (8) cada um. Os outros estados possuem 6 ou menos municípios implantados. Os estados do Mato Grosso, Sergipe, Espírito Santo e Roraima não possuem equipes implantadas. Esses seis (6) estados possuem 68% (113) do total da quantidade de municípios implantados, sendo três (3) da região Sudeste, dois (2) da região Nordeste e um (1) da região Centro Oeste.

Sendo assim, esses dados mostram que exceto o estado de Goiás, os outros cinco estados, São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Ceará apresentam a maior quantidade de municípios habilitados e implantados no Brasil.

A Tabela 12 abaixo mostra a quantidade de municípios habilitados e implantados por unidade de federação:

Tabela 12- Quantidade de municípios habilitados e implantados por unidade de federação.

Regiões e UF	Municípios Habilitados	Municípios Implantados
CENTRO OESTE	15	11
DF	1	1
GO	10	8
MS	3	2
MT	1	0
NORDESTE	92	53
AL	8	4
BA	30	18
CE	16	8
MA	7	6
PB	4	3
PE	10	7
PI	10	3
RN	5	4
SE	2	0
NORTE	15	11
AC	2	1
AM	1	1
AP	1	1
PA	6	4
RO	3	3
TO	2	1
RR	0	0
SUDESTE	133	79
ES	7	0
MG	22	16
RJ	22	18
SP	82	45
SUL	22	12
PR	7	4
RS	6	5
SC	9	3
Total	277	166

Na avaliação da habilitação e implantação por estado, os estados com maiores quantidades de municípios habitados, São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Ceará estão com a implantação de 55%, 60%, 73%, 82% e 50% respectivamente de acordo com Tabela 13 abaixo:

Tabela 13 – Efetividade da implantação das equipes de atenção domiciliar por unidade de federação.

Regiões e UF	Municípios Habilitados	Municípios Implantados	% Efetividade
CENTRO			
OESTE	15	11	73%
DF	1	1	100%
GO	10	8	80%
MS	3	2	67%
MT	1	0	0%
NORDESTE	92	53	58%
AL	8	4	50%
BA	30	18	60%
CE	16	8	50%
MA	7	6	86%
PB	4	3	75%
PE	10	7	70%
PI	10	3	30%
RN	5	4	80%
SE	2	0	0%
NORTE	15	11	73%
AC	2	1	50%
AM	1	1	100%
AP	1	1	100%
PA	6	4	67%
RO	3	3	100%
TO	2	1	50%
RR	0	0	0%
SUDESTE	133	79	59%
ES	7	0	0%
MG	22	16	73%
RJ	22	18	82%
SP	82	45	55%
SUL	22	12	55%
PR	7	4	57%
RS	6	5	83%
SC	9	3	33%
Total	277	166	60%

4.4.1 Municípios Habilitados e Implantados por normativa e tipo de proponente.

Na análise da habilitação por período de normativa, pode-se evidenciar que com a universalização da atenção domiciliar, a partir terceira normativa 963 de 27 de maio de 2013, houve ampliação da adesão, sendo que 50% (138) dos municípios são habilitados nessa normativa. A primeira normativa 2.527 de 27 de outubro de 2011 habilitou 26% (72) e a segunda normativa 1.533 de 16 de julho de 2012 habilitou 24% (67) do total dos municípios habilitados.

Na análise das habilitações por região e por normativa, a região Sudeste possui a maior quantidade de municípios habilitados em todas as normativas, 37% (34) na primeira normativa, 44% (41) na segunda normativa e 62% (58) na terceira normativa do total do estado. Da região Nordeste houve crescimento de habilitações por normativas, com 20% (18) na primeira normativa, 21% (19) na segunda normativa e 59% (55) na terceira normativa. Da região Sul apresentou 45% (10) das habilitações na primeira normativa, 5% (1) na segunda normativa e 50% (11) na terceira normativa. Da região Centro Oeste obteve 27% (4) de habilitação na primeira normativa, 13% (2) na segunda normativa e 60% (9) na terceira normativa e da região Norte apresentou uma diminuição ao longo das normativas, 40% (6) na primeira normativa, 27% (4) na segunda normativa e 33% (5) na terceira normativa.

Quando analisado a quantidade de municípios habilitados na primeira normativa com a quantidade de municípios habilitados na terceira normativa, esta que universaliza a atenção domiciliar ao credenciamento de todos os municípios, foi possível mostrar que todas as regiões, exceto a região Norte, tiveram ampliação da quantidade de municípios habilitados. Tem destaque a região Nordeste, que possui 18 municípios habilitados na primeira normativa e 55 municípios habilitados na terceira normativa.

A terceira normativa possibilitou a habilitação dos municípios com população abaixo de 40 mil habitantes para EMAD tipo II, sendo que a região Nordeste habilitou 18 municípios, a região Sudeste 13 municípios, a região Sul 4 municípios e a região Centro Oeste 3 municípios, totalizando 38 municípios. A região Norte não habilitou nenhum município para essa modalidade. A EMAD tipo II Consórcio não teve habilitação no período do estudo.

É possível apontar que a universalização dos critérios populacionais, a partir da terceira normativa, ampliou a possibilidade de habilitação para os municípios da região Sudeste e Nordeste, não atingindo com a mesma intensidade os municípios das regiões Norte, Sul e Centro Oeste. A Tabela 14 abaixo apresenta a quantidade de municípios habilitados por normativa por regiões:

Tabela 14 - Quantidade de municípios habilitados por normativa de atenção domiciliar por regiões.

Regiões	Quantidade de Municípios Habilitados		
	1º Normativa Portaria 2.527/2011	2º Normativa Portaria 1.533/2012	3º Normativa Portaria 963/2013
Centro Oeste	4	2	9
Nordeste	18	19	55
Norte	6	4	5
Sudeste	34	41	58
Sul	10	1	11
Total	72	67	138

Na avaliação da distribuição das habilitações por normativa nos estados, na primeira normativa, o estado de São Paulo habilitou 28% (20) do total de municípios habilitados, seguido do estado do Rio de Janeiro com 11% (8), estado da Bahia com 10% (7), estado de Minas Gerais com 8% (6) e os estados de Pernambuco e Paraná com 7% (5) cada. Esses seis (6) estados representaram 71% (51) das habilitações da primeira normativa.

Na segunda normativa, o estado de São Paulo habilitou 45% (30) do total de municípios habilitados, seguido do estado da Bahia com 11% (7), estado do Rio de Janeiro com 9% (6), estado de Minas Gerais com 7% (5), estado do Ceará (6%) e Maranhão (6%) com 4 municípios cada um. Esses 6 estados representam 84% (56) do total de municípios habilitados na segunda normativa.

Na terceira normativa, o estado de São Paulo habilitou 23% (32) do total de municípios habilitados, seguido do estado da Bahia com 12% (16), estados do Ceará (8%) e Minas Gerais (8%) com 11 municípios cada, estado do Piauí com 7% (9) e estado do Rio de Janeiro com 6% (8). Esses 6 estados representam 63% (87) do total de municípios habilitados na terceira normativa. É necessário apontar que na análise por tipologia de equipe, o estado de São Paulo habilitou 21% (8) do total de municípios habilitados para EMAD tipo II, seguido do estado do Piauí com 16% (6), estado da

Bahia com 11% (4), estado do Ceará (8%), Minas Gerais (8%) e Santa Catarina (8%) com 3 municípios cada. Esses 6 estados representam 71% (27) do total das habilitações dos municípios para EMAD tipo II.

A Tabela 15 abaixo apresenta a quantidade de municípios habilitados por normativa por estados:

Tabela 15 - Quantidade de municípios habilitados por normativa de atenção domiciliar por estados.

Regiões e UF	1º Normativa Portaria 2.527/2011	2º Normativa Portaria 1.533/2012	3º Normativa Portaria 963/2013
CENTRO OESTE			
DF	4	2	9
GO	1	0	0
MS	2	1	7
MT	1	1	1
	0	0	1
NORDESTE	18	19	55
AL	1	1	6
BA	7	7	16
CE	1	4	11
MA	0	4	3
PB	3	0	1
PE	5	1	4
PI	1	0	9
RN	0	2	3
SE	0	0	2
NORTE	6	4	5
AC	0	1	1
AM	1	0	0
AP	1	0	0
PA	3	1	2
RO	0	2	1
TO	1	0	1
RR	0	0	0
SUDESTE	34	41	58
ES	0	0	7
MG	6	5	11
RJ	8	6	8
SP	20	30	32
SUL	10	1	11
PR	5	0	2
RS	3	1	2
SC	2	0	7
Total	72	67	138

De acordo com as normativas de atenção domiciliar, os proponentes de projetos para habilitação e implantação de equipes de atenção domiciliar podem ser os estados, os municípios e mistos. No caso dos estados, o gestor estadual solicita a habilitação e contrata a equipe para atuação em algum município pré definido e pactuado com o gestor municipal. No caso dos municípios, a gestão municipal solicita a habilitação e contrata a equipe para atuação no próprio território e no caso dos proponentes mistos, existem equipes habilitadas sob gestão estadual e equipes sob gestão municipal atuando no mesmo município e dividindo o processo de trabalho.

No período do estudo, 24 municípios tiveram habilitações como proponentes estaduais, nos estados do Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Rio Grande do Norte e Rondônia. Dessas, 13 municípios estão com as equipes implantadas, ou seja, em funcionamento como proponentes estaduais, exceto o estado do Espírito Santo.

Em relação aos proponentes mistos, ou seja, onde possuem equipes de atenção domiciliar com proponente estadual e municipal no mesmo município, são 5 municípios habilitados localizados no estado do Acre, Amapá e Bahia e destas, todas estão em funcionamento. Os proponentes municipais representam 90% (248) do total dos municípios habilitados e 89% (148) do total dos municípios com implantações. A Tabela 16 abaixo mostra a quantidade de municípios habilitados e implantados por tipo de proponente:

Tabela 16 - Quantidade de municípios habilitados e implantados por tipo de proponente por estado:

Proponente	Municípios Habilitados	Municípios Implantados	%
Estadual	24	13	54%
AM	1	1	100%
BA	13	8	62%
DF	1	1	100%
ES	6	0	0%
RN	2	2	100%
RO	1	1	100%
Mistos	5	5	100%
AC	1	1	100%
AP	1	1	100%
BA	3	3	100%
Municipal	248	148	60%
AC	1	0	0%
AL	8	4	50%
BA	14	7	50%
CE	16	8	50%
ES	1	0	0%
GO	10	8	80%
MA	7	6	86%
MG	22	16	73%
MS	3	2	67%
MT	1	0	0%
PA	6	4	67%
PB	4	3	75%
PE	10	7	70%
PI	10	3	30%
PR	7	4	57%
RJ	22	18	82%
RN	3	2	67%
RO	2	2	100%
RS	6	5	83%
SC	9	3	33%
SE	2	0	0%
SP	82	45	55%
TO	2	1	50%
Total geral	277	166	60%

4.4.2 Quantidade de Equipes Habilitadas e Implantadas por tipologia

No período da redefinição da atenção domiciliar a partir da normativa 2.527 de 27 de Outubro de 2011 à Dezembro de 2013, foram habilitados 277 municípios, sendo 239 municípios com 763 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar tipo I (EMAD tipo I), 38 municípios com 38 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar tipo II (EMAD tipo II), 7 capitais estaduais com Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar tipo SOS Emergências (EMAD SOS) e 404 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Nenhuma habilitação de EMAD tipo Consórcio foi realizada no período estudado.

Em relação às equipes existentes, foram implantadas em 166 municípios, sendo 154 municípios com 317 EMAD tipo I e 12 municípios com 12 EMAD tipo II, 1 EMAD SOS Emergências e 172 EMAP de acordo com Gráfico 3 abaixo.

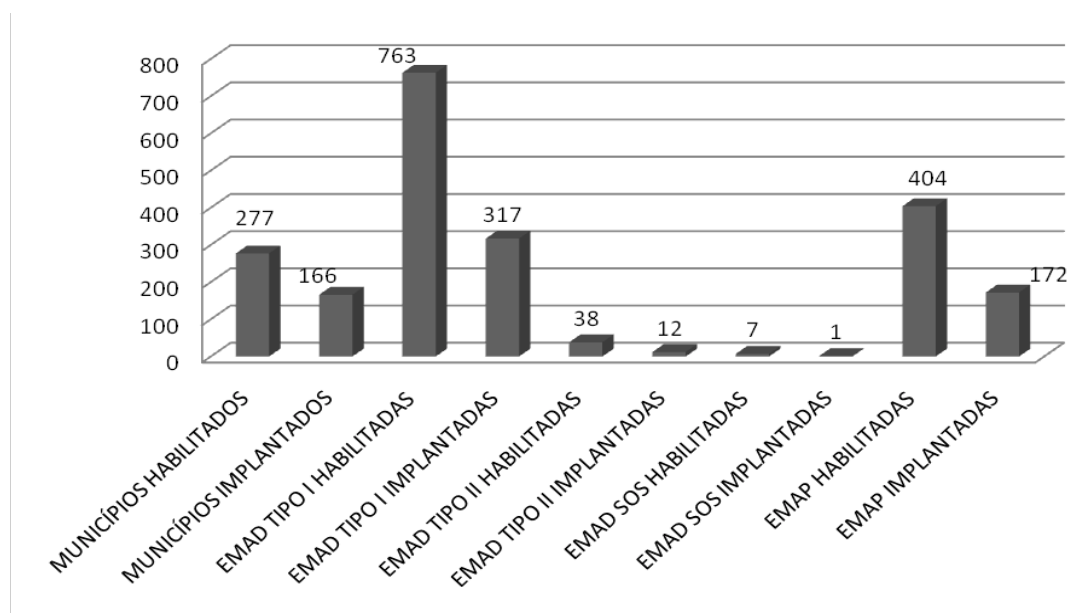


Gráfico 3. Número de municípios e equipes de atenção domiciliar por tipologia habilitadas e implantadas no Brasil.

Na análise da quantidade de habilitações das EMAD tipo I, a região Sudeste possui 53% (406) do total das equipes habilitadas, seguido da região Nordeste com 26% (196), a região Norte (57), região Centro Oeste (54) e a região Sul (50) com 7% cada. O Estado de São Paulo representa 55% (225) do total das habilitações das EMAD tipo I, seguido do estado do Rio de Janeiro com 13% (100), o estado de Minas Gerais com 8% (64), o estado da Bahia com 8% (59), o estado do Ceará com 5% (41) e o estado do

Paraná com 4% (30). Esses 6 estados representam 68% (519) do total de equipes EMAD tipo I habilitadas no Brasil.

Na análise da quantidade de implantações das EMAD tipo I, a região Sudeste possui 52% (165) do total das equipes implantadas, seguido da região Nordeste com 26% (84), a região Centro Oeste (25) e Sul (25) com 8% cada e a região Norte com 6% (18). O estado de São Paulo representa 49% (81) das implantações, seguidos do estado do Rio de Janeiro com 44 (14%), o estado de Minas Gerais com 40 (13%), o estado da Bahia com 8% (26), o estado de Pernambuco com 5% (17) e o estado do Paraná com 5% (15). Esses 6 estados representam 70% (223) do total de equipes EMAD tipo I implantadas no Brasil. No Brasil, 42% das EMAD tipo I habilitadas estão implantadas.

A Tabela 17 abaixo mostra as habilitações e implantações da EMAD tipo I por estados nas regiões:

Tabela 17 - Quantidade de equipes EMAD TIPO I habilitadas e implantadas nas regiões e estados.

Regiões e UF	EMAD Tipo I Habilitadas	EMAD Tipo I Implantadas
Centro Oeste	54	25
DF	24	11
GO	25	13
MS	2	1
MT	3	0
Nordeste	196	84
AL	17	10
BA	59	26
CE	41	9
MA	17	5
PB	12	8
PE	27	17
PI	4	1
RN	13	8
SE	6	0
Norte	57	18
AC	3	1
AM	18	2
AP	4	4
PA	24	4
RO	6	6
TO	2	1
RR	0	0
Sudeste	406	165
ES	17	0
MG	64	40
RJ	100	44
SP	225	81
Sul	50	25
PR	30	15
RS	11	8
SC	9	2
Total geral	763	317

Na análise da quantidade das habilitações das EMAD tipo II, a região Nordeste possui 47% (18) do total das equipes habilitadas, seguido da região Sudeste com 34% (13), a região Sul com 11% (4) e a região Centro Oeste com 8% (3). A região Norte não possui EMAD Tipo II habilitada. O estado de São Paulo possui o maior número de equipes habilitadas, com total de 21% (8), seguido do estado do Piauí com 16% (6), estado da Bahia com 11% (4), o estado do Ceará (3), Minas Gerais (3) e Santa Catarina (3) com 8% cada. Esses 6 estados representam 71% (27) do total de EMAD tipo II habilitadas

Na análise das implantações das EMAD tipo II, a região Nordeste possui 50% (6) do total das equipes implantadas, seguido da região Sudeste com 25% (3), região Centro Oeste com 17% (2) e a região Sul com 8% (1). A região Norte não possui equipes implantadas do tipo EMAD tipo II. O estado do Maranhão e o estado do Piauí possuem 2 EMAD tipo II cada, somando 33% das implantações total do país e o restante dos estados possuem 1 ou nenhuma equipe implantada. No Brasil, 32% das equipes EMAD tipo II habilitadas estão implantadas. A Tabela 18 abaixo mostra as habilitações e implantações da EMAD tipo II por estados nas regiões:

Tabela 18- Quantidade de equipes EMAD TIPO II habilitadas e implantadas nas regiões e estados.

Regiões e UF	EMAD Tipo II Habilitadas	EMAD Tipo II Implantadas
Centro Oeste	3	2
DF	0	0
GO	2	1
MS	1	1
MT	0	0
Nordeste	18	6
AL	0	0
BA	4	1
CE	3	0
MA	2	2
PB	1	1
PE	1	0
PI	6	2
RN	0	0
SE	1	0
Norte	0	0
AC	0	0
AM	0	0
AP	0	0
PA	0	0
RO	0	0
TO	0	0
RR	0	0
Sudeste	13	3
ES	0	0
MG	3	1
RJ	2	1
SP	8	1
Sul	4	1
PR	1	0
RS	0	0
SC	3	1
Total geral	38	12

Na análise das habilitações das EMAD tipo I SOS, a região Nordeste possui 71% (5) do total das equipes habilitadas, seguido da região Centro Oeste com 14,5% (1) e a região Norte com 14,5% (1). A região Sudeste e Sul não possui EMAD Tipo I SOS habilitada. Os estados que possuem habilitações são o Distrito Federal, Alagoas, Bahia, Maranhão, Piauí, Sergipe e Rondônia. Em relação à implantação das EMAD tipo I SOS, a região Nordeste possui a única equipe implantada localizada na capital do estado de Alagoas, em Maceió. A Tabela 19 abaixo mostra as habilitações e implantações da EMAD tipo I SOS por estados nas regiões:

Tabela 19- Quantidade de equipes EMAD Tipo I SOS habilitadas e implantadas nas regiões e estados.

Regiões e UF	EMAD tipo I SOS EMERGÊNCIAS Habilitadas	EMAD tipo ISOS EMERGÊNCIAS Implantadas
Centro Oeste	1	0
DF	1	0
GO	0	0
MS	0	0
MT	0	0
Nordeste	5	1
AL	1	1
BA	1	0
CE	0	0
MA	1	0
PB	0	0
PE	0	0
PI	1	0
RN	0	0
SE	1	0
Norte	1	0
AC	0	0
AM	0	0
AP	0	0
PA	0	0
RO	1	0
TO	0	0
RR	0	0
Sudeste	0	0
ES	0	0
MG	0	0
RJ	0	0
SP	0	0
Sul	0	0
PR	0	0
RS	0	0
SC	0	0
Total geral	7	1

Na análise das habilitações das EMAP, a região Sudeste possui 51% (205) do total das equipes habilitadas, seguidos da região Nordeste com 30% (120), a região Centro Oeste (28) e Norte (27) com 7% cada e a região Sul com 6% (24). As regiões

Sudeste e Nordeste representam 81% (325) do total das EMAP habilitadas. O estado de São Paulo representa 57% (117) do total das habilitações de EMAP, seguido do estado do Rio de Janeiro com 12% (47), o estado da Bahia com 32% (38), o estado do Ceará com 5% (22), o estado de Goiás (15) e o estado de Pernambuco (14) com 4% cada. Esses 6 estados representam 63% (253) do total das EMAP habilitadas no Brasil

Na análise das implantações das EMAP, a região Sudeste possui 47% (80) do total das equipes implantadas, seguidos da região Nordeste com 34% (58), a região Centro Oeste com 8% (14), a região Norte com 6% (11) e a região Sul com 5% (9). O estado de São Paulo representa 23% (39) das implantações, seguido do estado do Rio de Janeiro com 14% (24), o estado da Bahia com 11% (19), o estado de Minas Gerais com 10% (17) e o estado de Goiás com 5% (9). Esses 5 estados representam 63% (108) das EMAP implantadas no Brasil.

No Brasil, 43% das EMAP habilitadas estão implantadas. A Tabela 20 abaixo mostra as habilitações e implantações da EMAP por estados nas regiões:

Tabela 20- Quantidade de equipes EMAP habilitadas e implantadas nas regiões e estados.

Regiões por UF	EMAP Habilitadas	EMAP Implantadas
Centro Oeste	28	14
DF	9	3
GO	15	9
MS	3	2
MT	1	0
Nordeste	120	58
AL	10	5
BA	38	19
CE	22	6
MA	10	6
PB	7	5
PE	14	9
PI	9	3
RN	7	5
SE	3	0
Norte	27	11
AC	2	0
AM	6	1
AP	2	2
PA	11	4
RO	4	3
TO	2	1
RR	0	0
Sudeste	205	80
ES	9	0
MG	32	17
RJ	47	24
SP	117	39
Sul	24	9
PR	11	5
RS	5	3
SC	8	1
Total geral	404	172

4.5 Municípios Habilitados e Implantados em Atenção Domiciliar de acordo com o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS)

O Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) é a Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (*PRO-ADESS*), coordenada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (ICICT/Fiocruz). Essa metodologia propõe um conjunto de indicadores que leva em consideração os determinantes sociais da saúde, as condições de saúde da população, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho do sistema de saúde, analisados transversalmente no que se refere equidade (BRASIL,2011).

Para a avaliação do desempenho do SUS, o Ministério da Saúde selecionou 24 indicadores, sendo quatorze (14) de acesso potencial ou obtido, que permite inferir a oferta potencial de atendimentos e os atendimentos realizados e dez (10) de efetividade, que avalia o grau com que os serviços e ações atingem os resultados esperados, distribuídos entre a atenção básica, a atenção ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência (ANEXO 1). A partir dessa metodologia, para a formação dos Grupos Homogêneos (GH) segundo as suas semelhanças, três índices foram utilizados: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); o Índice de Condições de Saúde (ICS) e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do município (IESMM).

De acordo com os critérios do IDSUS (2011), que é a avaliação dos indicadores do SUS nos municípios de 2008 a 2011, o Grupo Homogêneo (GH), GH1 possui os maiores índices de desenvolvimento socioeconômicos, maiores índices de condições de saúde e maiores índices de estrutura do sistema de saúde dos municípios, decrescendo os critérios dos índices até o GH6, que possuem os menores índices de desenvolvimento socioeconômicos, menores índices de condições de saúde e menores índices de estrutura do sistema de saúde dos municípios. Para calcular esses índices, o Ministério da Saúde utilizou indicadores simples cujos pesos foram dados pela metodologia de Análise de Componentes Principais (PCA). Posteriormente, os municípios foram separados em dois subconjuntos, que atendem ou não aos seguintes critérios: Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM) maior que 0,01 e capacidade de realizar duas ou mais internações por dia. Em seguida, estes dois subconjuntos foram submetidos à metodologia de Análise de

Cluster pelo método K-means, que é um método de agrupamento não hierárquico, que consiste na transparência de um indivíduo para o cluster, cujo centróide se encontra em menor distância. A similaridade dos municípios foi medida em relação ao valor médio dos municípios para encontrar os grupos homogêneos de municípios passíveis de comparação. O resultado obtido foi a distribuição dos 5.563 municípios em seis grupos homogêneos, de acordo com a classificação recebida nos índices (IDSE, ICS e IESSM), conforme tabela 21 abaixo:

Tabela 21 – Divisão por grupos homogêneos (GH) e seus índices.

Grupos Homogêneos (GH)	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE)	Índice de Condições de Saúde (ICS)	Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM)
6	Baixo	Baixo	Sem Estrutura MAC
5	Médio	Médio	Sem Estrutura MAC
4	Baixo	Baixo	Pouca Estrutura MAC
3	Médio	Médio	Pouca Estrutura MAC
2	Alto	Médio	Média Estrutura MAC
1	Alto	Médio	Alta Estrutura MAC

De acordo com o Ministério da Saúde, por Estrutura MAC (Média e Alta Complexidade) entende-se a estrutura de alta e média complexidade ou estrutura de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar e urgência/emergência.

Na avaliação da concentração dos municípios por grupos homogêneos no Brasil, o GH5 e GH6 representam 76% do total (4223), seguido do GH3 e GH4 com 21% do total (1219) e 3% do GH1 e GH2 com 123 municípios conforme Tabela 22 abaixo:

Tabela 22 – Representatividade do total de municípios no Brasil por Grupo Homogêneo (GH) de acordo com IDSUS (2011).

Grupos Homogêneos (GH)	Quantidade de municípios no Brasil por GH	Representatividade (%)
6	2183	39%
5	2038	37%
4	587	10%
3	632	11%
2	94	2%
1	29	1%
Total	5563*	100%

Na análise da distribuição dos Grupos homogêneos (GH) por regiões no Brasil, a concentração de municípios no GH5 é maior na região Sul com 882 municípios, região Sudeste com 764 municípios e região Centro Oeste com 303 municípios, representando do total de municípios nas respectivas regiões, 74%, 46% e 65%. A concentração de municípios no GH6 é maior na região Nordeste com 1339 municípios e 266 municípios na região Norte, representando do total de municípios nas respectivas regiões, 75% e 59%. Segue tabela 23 abaixo com a distribuição de municípios por GH por regiões do Brasil:

**O Ministério da Saúde considerou os Grupos Homogêneos com 5.563 municípios brasileiros (e não a totalidade de 5.565 de acordo com IBGE (2011)), pois foram excluídos Fernando de Noronha (por ser uma ilha, o que diferencia suas ações de saúde em relação aos demais municípios) e Nazária, no Piauí, (por ter sido criado em 2009 e não dispor de dados usados no IDSUS no período analisado).*

Tabela 23 – Distribuição de municípios por GH por regiões no Brasil.

Regiões por GH	Quantidade de Municípios	%
CENTRO OESTE	466	8%
GH1	4	1%
GH2	3	1%
GH3	63	14%
GH4	15	3%
GH5	303	65%
GH6	78	17%
NORDESTE	1792	32%
GH1	8	0%
GH2	11	1%
GH3	18	1%
GH4	386	22%
GH5	30	2%
GH6	1339	75%
NORTE	449	8%
GH1	2	0%
GH2	7	2%
GH3	20	4%
GH4	95	21%
GH5	59	13%
GH6	266	59%
SUDESTE	1668	30%
GH1	11	1%
GH2	48	3%
GH3	337	20%
GH4	80	5%
GH5	764	46%
GH6	428	26%
SUL	1188	21%
GH1	4	0%
GH2	25	2%
GH3	194	16%
GH4	11	1%
GH5	882	74%
GH6	72	6%
Total Geral	5563	100%

Ao analisar os GH por regiões, Centro Oeste, Nordeste e Sudeste possuem municípios habilitados em todos os GH, a região Norte possui municípios habilitados no GH1, GH2, GH3, e GH4 e a região Sul possui municípios habilitados no GH1, GH2, e GH3 conforme Tabela 24 abaixo:

Tabela 24 – Municípios habilitados e implantados por regiões divididos por GH

GH por regiões	Quantidade de Municípios por GH	Municípios Habilitados	Municípios Implantados
Centro			
Oeste	466	15	11
GH1	4	3	3
GH2	3	1	1
GH3	63	5	3
GH4	15	2	2
GH5	303	3	2
GH6	78	1	0
Nordeste	1792	92	53
GH1	8	8	5
GH2	11	9	6
GH3	18	11	8
GH4	386	54	31
GH5	30	1	0
GH6	1339	9	3
Norte	449	15	11
GH1	2	2	1
GH2	7	5	4
GH3	20	3	3
GH4	95	5	3
GH5	59	0	0
GH6	266	0	0
Sudeste	1668	133	79
GH1	11	11	9
GH2	48	28	17
GH3	337	80	47
GH4	80	7	3
GH5	764	6	2
GH6	428	1	1
Sul	1188	22	12
GH1	4	2	2
GH2	25	7	4
GH3	194	13	6
GH4	11	0	0
GH5	882	0	0
Total Geral	5563	277	166

O GH5 e GH6 possuem o maior número de municípios (4221), porém a menor quantidade de municípios habilitados (21) e municípios implantados (8) no programa de atenção domiciliar no Brasil, pressupondo que os municípios com menores índices de desenvolvimento socioeconômico, de condições de saúde e de estrutura do sistema de saúde possuem dificuldades para habilitação e implantação do programa de atenção domiciliar. O GH3 e GH4 possuem 1219 municípios e a quantidade de municípios habilitados (179) e municípios implantados (106) são maiores nesse grupo quando comparado com o total de habilitações e implantações no Brasil. O GH1 e GH2 possuem 123 municípios e destes, 76 estão habilitados e 52 implantados. A Tabela 25 abaixo mostra a quantidade de municípios habilitados e implantados por GH:

Tabela 25 – Quantidade de municípios habilitados e implantados por GH.

Grupos Homogêneos (GH)	Municípios por GH	Municípios Habilitados	Municípios Implantados
6	2183	11	4
5	2038	10	4
4	587	68	39
3	632	112	67
2	94	50	32
1	29	26	20
Total	5563	277	166

O GH1 e GH2 que possuem altos índices de desenvolvimento sócio econômico, médio índices de condições de saúde e alta ou média estrutura do sistema de saúde do município, a efetividade desses municípios solicitarem o credenciamento e habilitação das equipes de atenção domiciliar é maior, com 90% de efetividade do GH1 e 53% do GH2 quando comparados com o total dos municípios por GH no Brasil. Pressupõe que fatores como melhores condições socioeconômicas, as condições de saúde e a estrutura em saúde podem ser determinantes para habilitação do programa de atenção domiciliar. O GH3 e GH4 têm efetividade de 18% e 12% respectivamente e o GH5 e GH6 têm efetividade de 0,5% e 1% respectivamente. No Brasil, 5% do total dos municípios (5565) de acordo com o IDSUS (2011) tiveram efetividade de habilitação. A Tabela 26 mostra a efetividade de habilitação quando comparado ao total de municípios por GH.

Tabela 26 – Efetividade de habilitação por GH.

Grupos Homogêneos (GH)	Municípios por GH	Municípios Habilitados	% de Municípios Habilitados
6	2183	11	1%
5	2038	10	0,5%
4	587	68	12%
3	632	112	18%
2	94	50	53%
1	29	26	90%
Total	5563	277	5%

Quando avaliado a efetividade de implantação da atenção domiciliar no Brasil, 3% (166) dos municípios implantaram o programa. Os dados mostraram que quanto maiores os índices socioeconômicos, de condições de saúde e de estrutura em saúde nos municípios implantados, maior a capacidade de implantação do programa de atenção domiciliar. O GH1 e GH2 tiveram a efetividade de 69% e 34% respectivamente, o GH3 e GH4 com efetividade de 10,6% e 6,6% respectivamente e o GH5 e GH6 com efetividade de 0,2% cada, conforme Tabela 27 e 28 abaixo:

Tabela 27 – Efetividade de implantação por GH.

Grupos Homogêneos (GH)	Municípios por GH	Municípios Implantados	% de Municípios Implantados
6	2183	4	0,2%
5	2038	4	0,2%
4	587	39	6,6%
3	632	67	10,6%
2	94	32	34,0%
1	29	20	69,0%
Total	5563	166	3,0%

Tabela 28 – Efetividade de implantação entre os municípios habilitados e implantados por GH.

Grupos Homogêneos (GH)	Municípios Habilitados	Municípios Implantados	Efetividade (%) de implantação
6	11	4	36%
5	10	4	40%
4	68	39	57%
3	111	67	60%
2	50	32	64%
1	26	20	77%
Total	277	166	60%

Cada município dentro do seu respectivo GH possui pontuações que vão de zero (0) para a menor nota e dez (10) para a maior nota, divididos entre o Índice de Acesso Potencial ou Obtido e o Índice de Efetividade, que são compostos por 24 indicadores distribuídos entre a atenção básica, a atenção ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência.

A Tabela 29 mostra que a média do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos municípios brasileiros são maiores no GH5. É importante considerar que esse GH possui menores índices de condições socioeconômicas, de condições de saúde e de estrutura do sistema de saúde municipal, porém maior média de acesso potencial ou obtido (5,77) quando comparado com os outros GH. A média do Brasil nesse índice é de 5,14 e apenas o GH4 e GH6 possuem as médias menores que o nível nacional.

Tabela 29 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Acesso Potencial ou obtido	Quantidade Municípios	Desvio				
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
GH1	29	5,40	5,55	1,27	0,93	7,04
GH2	94	5,42	5,24	1,06	3,25	8,36
GH3	632	5,20	5,19	1,04	2,51	8,39
GH4	587	4,48	4,55	1,03	1,32	7,58
GH5	2038	5,77	5,81	1,08	2,01	8,93
GH6	2183	4,69	4,71	1,00	0,56	7,62
Total	5563	5,14	5,06	1,16	0,56	8,93

Na análise do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos municípios habilitados, foi encontrada a média de 4,84, sendo a maior média no GH1 (5,54). Já nos municípios implantados, a média encontrada foi 4,77, sendo a maior média no GH1 (5,51), pressupondo que os municípios com melhores índices socioeconômicos, condições de saúde e de estrutura do sistema de saúde municipal possuem melhores condições para habilitação no programa de atenção domiciliar. É importante ressaltar que apenas os municípios habilitados do GH1 e GH2 tiveram a média acima do nível nacional e os municípios implantados do GH1, GH2 e GH6 tiveram a média acima do nível nacional.

Tabela 30 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos municípios habilitados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Acesso potencial ou obtido	Quantidade de municípios habilitados	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GH1	26	5,54	5,53	0,97	3,07	7,04
GH2	50	5,13	4,89	1,05	3,25	7,43
GH3	112	4,77	4,63	0,99	2,67	8,19
GH4	68	4,53	4,68	0,91	1,72	6,09
GH5	10	4,70	4,53	0,78	3,77	6,30
GH6	11	4,63	4,84	0,70	3,03	5,25
Total	277	4,84	4,78	1,00	1,72	8,19

Tabela 31 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos municípios implantados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Acesso potencial ou obtido	Quantidade de municípios implantados	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GH1	20	5,51	5,56	0,96	3,07	7,02
GH2	31	4,98	4,84	1,03	3,25	7,34
GH3	68	4,71	4,57	1,02	2,67	8,19
GH4	39	4,37	4,46	1,01	1,72	6,09
GH5	4	4,23	4,27	0,29	3,86	4,53
GH6	4	5,01	5,09	0,20	4,72	5,14
Total	166	4,77	4,72	1,04	1,72	8,19

A Tabela 32 abaixo mostra a média do Brasil no Índice de Efetividade dos municípios brasileiros, evidenciando que os valores médios são maiores no GH6. É importante considerar que esse GH possui menores índices de condições socioeconômicas, de condições de saúde e de estrutura do sistema de saúde municipal, mas maior média de efetividade (7,39) quando comparado com os outros GH. A média do Brasil nesse índice é de 7,04.

Tabela 32 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Efetividade	Quantidade		Desvio			
	Municípios	Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
GH1	29	6,85	7,07	0,90	4,93	7,97
GH2	94	6,96	7,08	0,76	5,18	8,36
GH3	632	6,64	6,67	0,95	3,73	8,96
GH4	587	7,11	7,27	0,91	3,51	9,35
GH5	2038	6,79	6,82	0,99	3,77	9,61
GH6	2183	7,39	7,48	0,90	3,68	9,74
Total	5563	7,04	7,12	0,98	3,51	9,74

Na avaliação do Índice de Efetividade dos municípios habilitados, a média geral foi de 6,88, sendo que a maior média foi no GH5 no valor de 7,29. Nos municípios implantados, a média geral foi de 6,91, sendo que a maior média também foi no GH5 no valor de 7,67. Apenas o GH1 obteve a média abaixo do nível nacional em relação aos municípios habilitados e o GH3 e GH6 em relação aos municípios implantados, conforme mostra a Tabela 33 e 34 abaixo:

Tabela 33 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos municípios habilitados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Efetividade	Quantidade de					
	Municípios habilitados	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GH1	26	6,80	7,01	0,91	4,93	7,97
GH2	50	6,89	6,99	0,77	5,18	8,26
GH3	112	6,73	6,83	0,95	4,04	8,81
GH4	68	7,09	7,26	1,02	4,28	8,55
GH5	10	7,29	7,54	1,09	4,75	8,82
GH6	11	6,93	6,90	0,54	6,08	7,88
Total	277	6,88	6,94	0,93	4,04	8,82

Tabela 34 – Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos municípios implantados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Efetividade	Quantidade de municípios implantados		Desvio			
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
GH1	20	6,86	7,05	0,93	4,93	7,97
GH2	31	6,89	6,98	0,67	5,18	7,89
GH3	68	6,76	6,83	0,93	4,04	8,81
GH4	39	7,18	7,38	1,05	4,28	8,55
GH5	4	7,67	7,61	0,90	6,65	8,82
GH6	4	6,51	6,39	0,49	6,08	7,19
Total	166	6,91	6,94	0,92	4,04	8,82

O GH1, GH2, GH3 e GH4 totalizam 24% (1342) dos municípios brasileiros e GH5 e GH6 totalizam 76% (4221) dos municípios brasileiros, porém apenas 8% (21) do GH5 e GH6 estão com municípios habilitados e 5% (8) com municípios implantados no programa de atenção domiciliar, mostrando que são poucos municípios habilitados e implantados nesses grupos homogêneos, mas um grande número de municípios pertencentes a esses dois grupos, trazendo prejuízo para análise estatística e explicação do fenômeno.

As características marcantes do GH5 e GH6 perante aos outros grupos homogêneos, além das menores condições socioeconômicas e de condições em saúde, é principalmente o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde desses municípios estarem relacionados como sendo “Sem estrutura de média e alta complexidade (MAC)”, pressupondo que esses fatores dificultam a habilitação e implantação no programa de atenção domiciliar.

De acordo com a avaliação do IDSUS (2011), o GH5 apresentou à maior média do índice de acesso potencial ou obtido e o GH6 a maior média do índice de efetividade no Brasil, porém esses grupos possuem a menor quantidade de municípios habilitados e implantados, pressupondo que o acesso e a efetividade não são fatores determinantes para habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios, apontando que condições socioeconômicas, condições de saúde e estrutura do sistema municipal de saúde podem ser fatores que levam a habilitação e implantação.

A fim de identificar fatores que levaram a habilitação e implantação da atenção domiciliar no Brasil, optou-se em realizar a análise dos GH1, GH2, GH3 e GH4 (1342), que do universo dos 277 municípios habilitados e 166 municípios implantados, possuem representatividade de 92% e 95% respectivamente, de acordo com a Tabela 35 abaixo:

Tabela 35 – Segregação de GH por quantidade de municípios habilitados e implantados.

Grupos Homogêneos (GH)	Municípios	Municípios Habilitados	Municípios Implantados
1, 2, 3 e 4	1342	256	158
5 e 6	4221	21	8
Total	5563	277	166

De acordo com os pressupostos levantados a partir da análise dos GH, houve a necessidade de realizar o estudo de alguns fatores na busca de identificar e tentar explicar o fenômeno que leva a habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios, como o porte populacional, considerando a indução da política ao longo do tempo por critérios de elegibilidade, o Produto Interno Bruto (PIB), considerando a atividade econômica dos municípios, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), considerando as dimensões globais de renda, educação e saúde, a Cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando como a estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde, a Cobertura de Saúde Suplementar, considerando a grande expansão do “Home Care” no período em que praticamente não havia normativa de atenção domiciliar no SUS e os Índices de Acesso e Efetividade do IDSUS, como identificação da acessibilidade, qualidade e estrutura do SUS nos municípios. O Diagrama 1 mostra a relação dos fatores que podem influenciar na habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios:

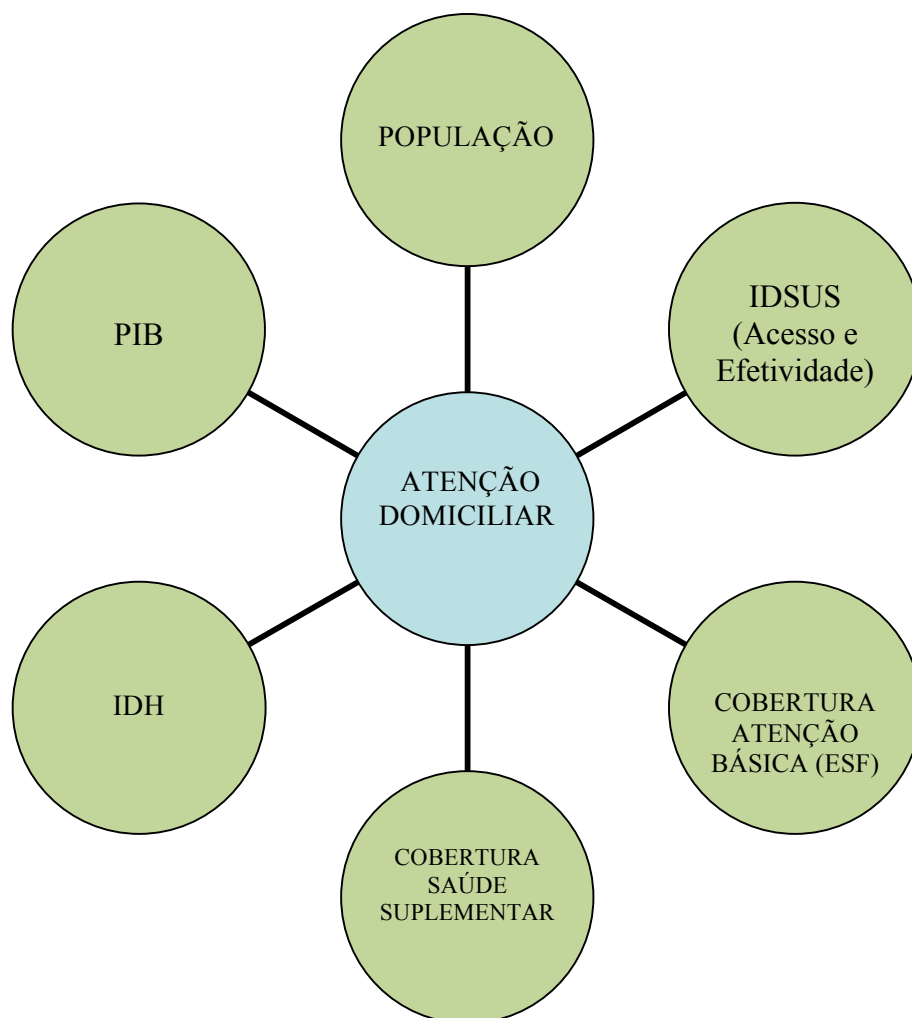


Diagrama 1. Relação de possíveis fatores para habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios.

4.6 Índice de Acesso Potencial ou Obtido (IAPO)

O IAPO é o resultado da média de quatorze (14) indicadores do IDSUS (2011), divididos por três (3) indicadores de acesso potencial da atenção básica, quatro (4) indicadores de acesso obtido da atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e sete (7) indicadores de acesso obtido na atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, referência de média e alta complexidade e urgência e emergência.

Na análise do IAPO, utilizando os municípios do GH1, GH2, GH3 e GH4, verificou-se que a média dos municípios habilitados (4,86) é menor do que dos municípios não habilitados (4,92), indicando que o acesso de acordo com o IAPO não possui efeito direto na habilitação da atenção domiciliar. A distribuição dos valores é a mesma entre os grupos e não é significativa pelo teste de Mann Whitney, com $P=0,888$, conforme Tabela 36 abaixo:

Tabela 36- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de acesso potencial ou obtido	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios não habilitados	1086	4,92	4,94	1,12	1,32	8,39
Municípios habilitados	256	4,86	4,80	1,02	1,72	8,19

Teste U de Mann- Whitney $P= 0,888$

A média dos municípios habilitados (4,86) é maior quando comparado com a média dos municípios implantados (4,78), pressupondo que o acesso de acordo com o IAPO não possui também efeito direto na implantação da atenção domiciliar. A distribuição dos valores é a mesma entre os grupos e não é significativa pelo teste de Mann Whitney, com $P=0,285$, conforme Tabela 37 abaixo:

Tabela 37- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Acesso Potencial ou Obtido dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de acesso potencial ou obtido	Quantidade de municípios	Desvio				
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios habilitados	256	4,86	4,80	1,02	1,72	8,19
Municípios implantados	158	4,78	4,73	1,06	1,72	8,19

Teste U de Mann- Whitney P= 0,285

4.7 Índice de Efetividade (IESUS)

O IESUS é o resultado da média de dez (10) indicadores do IDSUS (2011), divididos por sete (7) indicadores de efetividade da atenção básica e três (3) indicadores de efetividade da atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, referência de média e alta complexidade e urgência e emergência.

Na análise do IESUS utilizando os municípios do GH1, GH2, GH3 e GH4, verificou-se que a média dos municípios habilitados (6,86) é menor que a média dos municípios não habilitados (6,87), indicando que a efetividade de acordo com o IESUS não possui influência para habilitação em atenção domiciliar. A distribuição de valores é a mesma entre os grupos e sem significância pelo teste de Mann Whitney, com P= 0,288, conforme Tabela 38 abaixo:

Tabela 38- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Efetividade	Quantidade de municípios	Desvio				
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios não habilitados	1086	6,87	6,94	0,95	3,51	9,35
Municípios habilitados	256	6,86	6,94	0,94	4,04	8,81

Teste U de Mann- Whitney P= 0,288

A média dos municípios habilitados (6,86) é menor que a média dos municípios implantados (6,90), pressupondo que os municípios com IESUS mais elevado têm uma propensão maior na implantação da atenção domiciliar, mas de acordo com o teste de Mann Whitney, com P= 0,867, a distribuição de valores é a mesma entre os grupos e sem significância estatística, conforme mostra a Tabela 39 abaixo:

Tabela 39- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do Índice de Efetividade dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados, segundo o IDSUS (2011).

Índice de Efetividade	Quantidade de municípios	Desvio				
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios habilitados	256	6,86	6,94	0,94	4,04	8,81
Municípios implantados	158	6,90	6,94	0,93	4,04	8,81

Teste U de Mann- Whitney P= 0,867

4.8 Critério Porte Populacional

O Brasil é constituído por 26 estados e 1 Distrito Federal, divididos em cinco (5) regiões com população de 202.768.562 (IBGE, 2014).

A região Sudeste possui 42% da população do país, seguida da região Nordeste com 28%, região Sul com 14% e região Norte e Centro Oeste com 8% cada de acordo com a Tabela 40 abaixo:

Tabela 40- População por região no Brasil.

Regiões	População
Sudeste	85.115.623
Nordeste	56.186.190
Sul	29.016.114
Norte	17.231.027
Centro Oeste	15.219.608
Total	202.768.562

Em relação aos estados brasileiros, o estado de São Paulo possui 21,7% da população do país, seguido de Minas Gerais com 10,2%, Rio de Janeiro com 8,1%, Bahia com 7,5%, Rio Grande do Sul, Paraná com 5,5%, Pernambuco com 4,6%, Ceará com 4,4% e Pará com 4%. Esses 9 estados possuem 71,5% da população do Brasil e os três estados mais populosos estão localizados na região Sudeste. Segue Tabela 41 abaixo com a relação de população por estado:

Tabela 41- População por estados no Brasil.

UF	População	Representatividade (%)
AC	790.101	0,4%
AL	3.321.730	1,6%
AM	3.873.743	1,9%
AP	750.912	0,4%
BA	15.126.371	7,5%
CE	8.842.791	4,4%
DF	2.852.372	1,4%
ES	3.885.049	1,9%
GO	6.523.222	3,2%
MA	6.850.884	3,4%
MG	20.734.097	10,2%
MS	2.619.657	1,3%
MT	3.224.357	1,6%
PA	8.073.924	4,0%
PB	3.943.885	1,9%
PE	9.277.727	4,6%
PI	3.194.718	1,6%
PR	11.081.692	5,5%
RJ	16.461.173	8,1%
RN	3.408.510	1,7%
RO	1.748.531	0,9%
RR	496.936	0,2%
RS	11.207.274	5,5%
SC	6.727.148	3,3%
SE	2.219.574	1,1%
SP	44.035.304	21,7%
TO	1.496.880	0,7%
Total	202.768.562	100,0%

De acordo com o IBGE (2014), o Brasil possui 5570 municípios e desses, 32% (1794) estão localizados na região Nordeste, 30% (1668) na região Sudeste, 21% (1191) na região Sul e 8% na região Centro Oeste (467) e Norte (450) cada. Nos estados, 15,3% (853) dos municípios estão localizados no estado de Minas Gerais, 11,6% (645) no estado de São Paulo, 8,9% (497) no estado do Rio Grande do Sul, 7,5% no estado da Bahia (417), 7,2% (399) no estado do Paraná e 5,3% (295) no estado de Santa Catarina. Esses 6 estados totalizam 3106 municípios que representam 56% do total de municípios brasileiros. Segue Tabela 42 e 43 com representatividade de municípios por regiões e estados no Brasil.

Tabela 42- Quantidade de municípios por regiões do Brasil.

Regiões	Quantidade de municípios	(%)
Nordeste	1794	32%
Sudeste	1668	30%
Sul	1191	21%
Centro Oeste	467	8%
Norte	450	8%
Total	5570	100%

Tabela 43- Quantidade de municípios por estados no Brasil e sua representatividade.

UF	Quantidade de municípios	Representatividade (%)
AC	22	0,4%
AL	102	1,8%
AM	62	1,1%
AP	16	0,3%
BA	417	7,5%
CE	184	3,3%
DF	1	0,0%
ES	78	1,4%
GO	246	4,4%
MA	217	3,9%
MG	853	15,3%
MS	79	1,4%
MT	141	2,5%
PA	144	2,6%
PB	223	4,0%
PE	185	3,3%
PI	224	4,0%
PR	399	7,2%
RJ	92	1,7%
RN	167	3,0%
RO	52	0,9%
RR	15	0,3%
RS	497	8,9%
SC	295	5,3%
SE	75	1,3%
SP	645	11,6%
TO	139	2,5%
Total	5570	100,0%

Na análise do porte populacional por GH, os 29 municípios do GH1 possuem 25% do total da população do Brasil. Considerando que esse GH habilitou 90% (26) dos seus municípios e desses 77% (20) estão implantados, pressupõe que o porte populacional pode ser um fator que leva a habilitação e implantação da atenção domiciliar. Também é importante considerar que os 1342 municípios do GH1, GH2, GH3 e GH4 possuem 77% da população do Brasil, reforçando o pressuposto do porte populacional ter relação direta na habilitação e implantação da atenção domiciliar. A Tabela 44 abaixo mostra a população do Brasil por GH:

Tabela 44 – População do IBGE (2011) por GH, segundo IDSUS (2011).

GH	Municípios	População	Representatividade (%)
GH1	29	48.333.976	25%
GH2	94	29.961.240	16%
GH3	632	40.716.788	21%
GH4	587	29.370.965	15%
GH5	2038	19.060.098	10%
GH6	2183	24.936.220	13%
Total geral	5563	192.379.287	100%

Na análise do critério do porte populacional dos GH1, GH2, GH3 e GH4, a média de habitantes foi maior nos municípios habilitados (329.910) quando comparada com os municípios não habilitados (58.864), pressupondo que o critério populacional, ou seja, os municípios de maior porte têm propensão à habilitação da atenção domiciliar. A diferença entre a distribuição de valores entre os grupos é significativa pelo teste de Mann Whitney, com $P = 0,000$, conforme Tabela 45 abaixo:

Tabela 45- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do critério Porte Populacional dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.

População	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios não habilitados	1086	58.864	37.154	78.557	2.937	1.413.094
Municípios habilitados	256	329.910	127.498	885.809	19.346	11.316.119
Teste U de Mann- Whitney $P = ,000$						

A média de habitantes foi menor nos municípios habilitados (329.910) quando comparada com os municípios implantados (407.296), pressupondo que o critério populacional é relevante, ou seja, pode existir relação que os municípios de maior porte têm maior capacidade de implantação da atenção domiciliar, mas a distribuição de valores foi a mesma entre os grupos e sem significância estatística pelo teste de Mann Whitney, com $P = 0,163$, conforme Tabela 46 abaixo:

Tabela 46- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do critério Porte Populacional dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.

População	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios habilitados	256	329.910	127.498	885.809	19.346	11.316.119
Municípios implantados	158	407.296	151.050	1.091.186	21.890	11.316.119

Teste U de Mann- Whitney $P = 0,163$

4.9 Produto Interno Bruto (PIB)

O PIB representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, quer sejam países, estados ou cidades, durante um período determinado. O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de quantificar a atividade econômica de uma região

O PIB do Brasil no ano de 2010 foi de 3.770.084.872.000,00 trilhões de reais, sendo que a região Sudeste representou 55% desse total, seguido da região Sul com 17%, região Nordeste com 13%, região Centro Oeste com 9% e região Norte com 5% de acordo com Tabela 47 abaixo:

Tabela 47- PIB por região e representatividade (%).

Regiões	PIB (2010)	Representatividade (%)
Sudeste	R\$ 2.088.221.459,62	55%
Sul	R\$ 622.254.611,52	17%
Nordeste	R\$ 507.501.606,63	13%
Centro Oeste	R\$ 350.596.446,06	9%
Norte	R\$ 201.510.747,74	5%
Total	R\$ 3.770.084.871,58	100%

De acordo com o total das habilitações e implantações da atenção domiciliar no Brasil, a região Sudeste habilitou 48% (133) e implantou 48% (79) dos municípios, pressupondo que o PIB pode ser um fator que exerce influencia, ou seja, a região com melhor atividade econômica pode ter maior capacidade de habilitação e implantação do programa de atenção domiciliar.

O estado de São Paulo representa 33,1% do PIB, seguido do estado do Rio de Janeiro com 10,8%, estado de Minas Gerais com 9,3%, estado do Rio Grande do Sul com 6,7%, estado do Paraná com 5,8%, estado da Bahia com 4,1%, 4% o Distrito Federal e 4% o estado de Santa Catarina. Esses oito (8) estados representaram 78% do PIB nacional no ano de 2010. Os outros estados possuem a representatividade menor que 3% cada. Em relação à habilitação e implantação, esses estados representaram 65% dos municípios habilitados e 67% dos municípios implantados, reforçando o pressuposto que a atividade econômica no estado pode influenciar na capacidade de habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios. Segue Tabela 48 abaixo com o PIB por estado e sua representatividade:

Tabela 48. PIB por estados e representatividade (%).

UF	PIB (2010)	Representatividade (%)
AC	R\$ 8.476.514,71	0,2%
AL	R\$ 24.574.808,01	0,7%
AM	R\$ 59.779.291,83	1,6%
AP	R\$ 8.265.964,66	0,2%
BA	R\$ 154.340.457,56	4,1%
CE	R\$ 77.865.414,73	2,1%
DF	R\$ 149.906.318,88	4,0%
ES	R\$ 82.121.834,15	2,2%
GO	R\$ 97.575.930,34	2,6%
MA	R\$ 45.255.942,46	1,2%
MG	R\$ 351.380.905,10	9,3%
MS	R\$ 43.514.206,73	1,2%
MT	R\$ 59.599.990,12	1,6%
PA	R\$ 77.847.596,51	2,1%
PB	R\$ 31.947.058,52	0,8%
PE	R\$ 95.186.714,09	2,5%
PI	R\$ 22.060.161,22	0,6%
PR	R\$ 217.289.676,60	5,8%
RJ	R\$ 407.122.793,76	10,8%
RN	R\$ 32.338.894,72	0,9%
RO	R\$ 23.560.643,72	0,6%
RR	R\$ 6.340.601,26	0,2%
RS	R\$ 252.482.596,82	6,7%
SC	R\$ 152.482.338,11	4,0%
SE	R\$ 23.932.155,33	0,6%
SP	R\$ 1.247.595.926,61	33,1%
TO	R\$ 17.240.135,04	0,5%
Total Geral	R\$ 3.770.084.871,58	100,0%

Na análise do PIB dos municípios sem habilitação (5288) e dos municípios habilitados (277), foi encontrado que o PIB no grupo dos municípios habilitados tem representatividade de 57% sobre o montante total do ano de 2010, ou seja, 5% dos municípios brasileiros que foram habilitados possuem um valor expressivo do PIB nacional quando comparados com os outros 5288 não habilitados, de acordo com a Tabela 49 abaixo:

Tabela 49- PIB dos municípios sem habilitação e dos municípios habilitados e suas representatividades (%).

Descrição	Quantidade	PIB (2010)	Representatividade (%)
Municípios sem habilitação	5288	R\$ 1.628.598.165,35	43%
Municípios com habilitação	277	R\$ 2.141.486.706,23	57%
Total Geral	5565	R\$ 3.770.084.871,58	100%

Ao analisar os 277 municípios com habilitação no programa de atenção domiciliar, o recorte dos 166 municípios que conseguiram implantação e estão em funcionamento representaram 82% do PIB dos habilitados, apontando que pode ser que exista uma propensão dos municípios com maior PIB implantarem a atenção domiciliar, de acordo com a Tabela 50 abaixo:

Tabela 50- PIB dos municípios com implantação e dos municípios habilitados sem implantação e suas representatividades (%).

Descrição	Quantidade	PIB (2010)	Representatividade (%)
Municípios com implantação	166	R\$ 1.752.371.566,09	82%
Municípios habilitados sem implantação	111	R\$ 389.115.140,14	18%
Total Geral	277	R\$ 2.141.486.706,23	100%

Na avaliação dos municípios implantados (166) com os municípios sem implantação (5399), foi identificado que o PIB dos municípios implantados representa 46% do total do PIB do país em 2010, ou seja, 3% dos municípios brasileiros possuem essa representatividade, pressupondo que o PIB pode ser um fator que influencia na implantação da atenção domiciliar, conforme Tabela 51 abaixo:

Tabela 51- PIB dos municípios com implantação e municípios sem implantação e suas representatividades (%).

Descrição	Quantidade		PIB (2010)	Representatividade (%)
Municípios com implantação	166	R\$	1.752.371.566,09	46%
Municípios sem habilitação e habilitados				
sem implantação	5399	R\$	2.017.713.305,49	54%
Total Geral	5565	R\$	3.770.084.871,58	100%

Na análise do PIB (2010) dos GH1, GH2, GH3 e GH4, o valor médio do PIB foi maior nos municípios habilitados (R\$ 8.319.462,24) quando comparado com os municípios não habilitados (R\$ 1.045.583,63), pressupondo que o PIB mais elevado, ou seja, a atividade econômica do município pode influenciar na habilitação da política de atenção domiciliar. A diferença entre a distribuição de valores entre os grupos é significativa pelo teste de Mann Whitney, com $P = 0,000$, conforme Tabela 52 abaixo

Tabela 52- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do PIB em reais (R\$) dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.

PIB	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios não habilitados	1086	1.045.583,63	401.984,33	2.529.729,89	21.464,27	43.038.100,20
Municípios habilitados	256	8.319.462,24	1.976.677,76	32.228.090,80	98.162,88	443.600.101,65
Teste U de Mann- Whitney $P = ,000$						

O valor médio do PIB dos municípios habilitados (R\$ 8.319.462,24) é menor quando comparado com os municípios implantados (R\$ 11.034.439,18), pressupondo que o PIB elevado, ou seja, a atividade econômica do município pode influenciar na implantação da atenção domiciliar, mas a distribuição de valores foi a mesma entre os grupos e sem significância estatística pelo teste de Mann Whitney, com $P = 0,284$, conforme Tabela 53 abaixo:

Tabela 53- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do PIB dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.

PIB	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios habilitados	256	8.319.462,24	1.976.677,76	32.228.090,80	98.162,88	443.600.101,65
Municípios implantados	158	11.034.439,18	2.349.384,71	40.515.619,99	119.816,52	443.600.101,65

Teste U de Mann- Whitney P= 0,284

4.10 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde e seu objetivo é de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento.

O IDH Municipal (IDHM) é um número que varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de um município. O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, mas adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais, incluindo seus três componentes, IDHM Longevidade (IDHM L), IDHM Educação (IDHM E) e IDHM Renda (IDHM R).

Segundo a PNUD, o IDH do Brasil passou de 0,722 de 2012 para 0,744 em 2014. A maior concentração dos municípios no Brasil está no índice alto e médio, totalizando 74% do total dos municípios, conforme apresenta a Tabela 54 abaixo:

Tabela 54- Distribuição dos municípios no Brasil conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, 2010).

IDH M	Muito Alto (0,800-1)	Alto (0,700-0,799)	Médio (0,600-0,699)	Baixo (0,500-0,599)	Muito Baixo (0-0,499)
Norte	0	25	226	180	18
Nordeste	0	34	647	1099	14
Centro Oeste	1	190	265	10	0
Sudeste	29	871	695	73	0
Sul	14	769	400	5	0
Brasil	44	1889	2233	1367	32

Ao analisar a concentração do IDHM dos municípios habilitados e implantados, 86% dos municípios habilitados estão na classificação Médio (0,600 – 0,699) e Alto (0,700 – 0,799), representado por 27% pelo IDHM Médio e 59% pelo IDHM Alto. Dos municípios implantados, 86% estão na classificação Médio (0,600 – 0,699) e Alto (0,700 – 0,799), representado por 28% pelo IDHM Médio e 58% pelo IDHM Alto. Esses dados apontam que o município com IDHM alto possa ter uma propensão maior de habilitação e implantação do programa de atenção, conforme mostra a distribuição na Tabela 55 abaixo:

Tabela 55- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, 2010).

Classificação por município	Faixa IDH	IDHM Habilitados	IDHM Implantados
Muito Baixo	0-0,499	0	0
Baixo	0,500-0,599	15	5
Médio	0,600-0,699	74	46
Alto	0,700-0,799	164	97
Muito Alto	0,800-1	24	18
Total		277	166

Na avaliação do Índice de Desenvolvimento Municipal – Educação, que é uma composição de indicadores de escolaridade da população adulta e de fluxo escolar da população jovem, 70% dos municípios habilitados e 72% dos municípios implantados concentram-se na classificação com Médio (0,600 – 0,699) e Alto (0,700 – 0,799), conforme mostra a Tabela 56 abaixo:

Tabela 56- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal - Educação (IDHM E).

Classificação por município	Faixa IDH	IDHM E Habilitados	IDHM E Implantados
Muito Baixo	0-0,499	19	9
Baixo	0,500-0,599	61	36
Médio	0,600-0,699	106	64
Alto	0,700-0,799	88	55
Muito Alto	0,800-1	3	2
Total		277	166

Na avaliação do Índice Desenvolvimento Municipal – Longevidade (IDHM L), que avalia a esperança de vida ao nascer, ou seja, o número médio de anos que as pessoas dos municípios viveriam a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade observados em cada período, todos os municípios habilitados e implantados concentram-se na classificação Alto (0,700 – 0,799) e Muito Alto (0,800 - 1), sendo que 75% estão na classificação Muito Alto. Esses dados apontam que os municípios com índice de longevidade muito alto têm maior propensão de habilitação e implantação do programa de atenção domiciliar, conforme a distribuição apresentada na tabela 57 abaixo:

Tabela 57- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal - Longevidade (IDHM L).

Classificação por município	Faixa IDH	IDHM L Habilitados	IDHM L Implantados
Muito Baixo	0-0,499	0	0
Baixo	0,500-0,599	0	0
Médio	0,600-0,699	0	0
Alto	0,700-0,799	68	42
Muito Alto	0,800-1	209	124
Total		277	166

Na avaliação do Índice Desenvolvimento Municipal – Renda (IDHM R), que considera a renda municipal per capita, ou seja, a renda média mensal dos indivíduos residentes em determinado município, 81% dos municípios habilitados e 80% dos municípios implantados concentram-se na classificação Médio (0,600 – 0,699) e Alto (0,700 – 0,799), apontando que a habilitação e implantação pode ter relação com o

índice de desenvolvimento municipal de renda, conforme mostra a distribuição na tabela 58 abaixo:

Tabela 58- Distribuição dos municípios habilitados e implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal - Renda (IDHM R).

Classificação por município	Faixa IDH	IDHM R Habilitados	IDHM R Implantados
Muito Baixo	0-0,499	0	0
Baixo	0,500-0,599	30	13
Médio	0,600-0,699	82	52
Alto	0,700-0,799	142	81
Muito Alto	0,800-1	23	20
Total		277	166

Na análise da efetividade de implantação dos municípios habilitados na classificação por IDHM, a classificação Muito Alto (0,800-1) possui 75% de efetividade. A classificação Médio (0,600-0,699) possui 62% de efetividade de implantação, seguido da classificação Alto (0,700-0,799) com 59% e a classificação Baixo (0,500-0,599) com 33%. A classificação do IDHM Muito Baixo (0-0,499) não teve municípios habilitados e implantados. Segue a Tabela 59 abaixo que mostra a distribuição da efetividade os municípios implantados conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDH M).

Tabela 59- Distribuição da efetividade dos municípios habilitados em implantar a atenção domiciliar conforme Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Classificação por município	Faixa IDH M	IDHM Habilitados	IDHM Implantados	%
Muito Baixo	0-0,499	0	0	0%
Baixo	0,500-0,599	15	5	33%
Médio	0,600-0,699	74	46	62%
Alto	0,700-0,799	164	97	59%
Muito Alto	0,800-1	24	18	75%
Total		277	166	60%

Na análise do IDHM (2010) dos GH1, GH2, GH3 e GH4, o valor médio foi maior nos municípios habilitados (0,73) quando comparado com os municípios não habilitados (0,68), pressupondo que o IDHM maior, ou seja, os municípios com melhores condições de renda, saúde e educação possuem maior capacidade para a habilitação da política de atenção domiciliar e a diferença entre a distribuição de valores entre os grupos foi significativa pelo teste de Mann Whitney, com $P=0,000$, conforme Tabela 60 abaixo:

Tabela 60- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do IDHM dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.

PIB	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios não habilitados	1086	0,68	0,70	0,07	0,48	0,85
Municípios habilitados	256	0,73	0,74	0,06	0,53	0,86
Teste U de Mann- Whitney $P=0,000$						

O valor médio do IDHM dos municípios habilitados (0,73) é igual ao valor médio dos municípios implantados (0,73), pressupondo que o IDHM não possui influência direta para implantação da atenção domiciliar. A distribuição de valores foi a mesma entre os grupos e sem significância estatística pelo teste de Mann Whitney, com $P=0,926$, conforme Tabela 61 abaixo:

Tabela 61- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos do IDHM dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.

PIB	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios habilitados	256	0,73	0,74	0,06	0,53	0,86
Municípios implantados	158	0,73	0,74	0,06	0,54	0,86
Teste U de Mann- Whitney $P=0,926$						

Na análise dos pressupostos encontrados que a habilitação dos municípios do GH1, GH2, GH3 e GH4 sofrem influência do porte populacional, PIB e IDHM, de acordo com o teste de Correlação de Spearman, esses fatores possuem correlação significativa. Na análise entre a população dos municípios habilitados e o PIB, os dados tem alto grau de correlação positiva de Spearman (0,890) entre si e com significância ao

nível de 0,01. Na análise entre a população dos municípios habilitados e o IDHM, os dados tem médio grau de correlação positiva de Spearman (0,414) entre si e com significância ao nível de 0,01. Na análise entre o PIB e o IDHM dos municípios habilitados, os dados tem médio grau de correlação positiva de Spearman (0,638) entre si e significância ao nível de 0,01. Esses resultados reforçam os pressupostos que municípios de grande porte populacional, maior capacidade econômica com PIB elevado e índices mais altos de educação, saúde e renda (IDHM) podem levar a habilitação da normativa de atenção domiciliar nos municípios, de acordo com a Tabela 62 e 63 abaixo:

Tabela 62 – Coeficiente de Spearman para correlação entre a variável População, PIB e IDHM:

Coeficiente de Spearman para correlação/Variável População	Quantidade de municípios	Correlações de coeficiente	Sig. (2 extremidades)
PIB dos municípios habilitados	256	0,890**	0,000
IDHM dos municípios habilitados	256	0,414**	0,000

****.** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 63 – Coeficiente de Spearman para correlação entre a variável PIB e IDHM:

Coeficiente de Spearman para correlação/variável PIB	Quantidade de municípios	Correlações de coeficiente	Sig. (2 extremidades)
IDHM dos municípios habilitados	256	0,638**	0,000

****.** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

4.11- Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo é apoiar e estimular a estratégia Saúde da Família (ESF) pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde. O programa de atenção domiciliar apóia a atenção básica no cuidado de pacientes no domicílio.

Na avaliação da cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no ano de 2013 no Brasil, a cobertura de ESF foi de 56%. A região Nordeste teve cobertura de 76%, seguido da região Sul com 57%, a região Centro Oeste com 56%, a região Norte com 53% e por último a região Sudeste com 44%. O estado com maior cobertura de ESF é o estado do Piauí com 97%, seguido do estado da Paraíba com 94%, estado do Sergipe com 86% e Rio Grande do Norte com 81%. O Distrito Federal e o estado de São Paulo possuem as menores coberturas de ESF, com 20% e 30% respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segue Tabela 64 abaixo com a taxa de cobertura de ESF por regiões e Unidades Federativas:

**Tabela 64. Taxa de cobertura de ESF por regiões e Unidades Federativas
(Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde- 2013):**

UF	População	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada (%)
DF	2.648.532	531.300	20,06
GO	6.154.996	3.938.640	63,99
MT	3.115.336	1.961.603	62,97
MS	2.505.088	1.606.747	64,14
Centro Oeste	14.423.952	8.038.290	55,73
AL	3.165.472	2.346.438	74,13
BA	14.175.341	9.315.949	65,72
CE	8.606.005	6.322.367	73,46
MA	6.714.314	5.374.942	80,05
PB	3.815.171	3.566.900	93,49
PE	8.931.028	6.436.953	72,07
PI	3.160.748	3.053.487	96,61
RN	3.228.198	2.615.098	81,01
SE	2.110.867	1.807.194	85,61
Nordeste	53.907.144	40.839.328	75,76
AC	758.786	531.801	70,09
AP	698.602	409.400	58,6
AM	3.590.985	1.748.294	48,69
PA	7.822.205	3.502.735	44,78
RO	1.590.011	973.416	61,22
RR	469.524	208.133	44,33
TO	1.417.694	1.250.389	88,2
Norte	16.347.807	8.624.168	52,75
ES	3.578.067	1.950.742	54,52
MG	19.855.332	14.332.272	72,18
RJ	16.231.365	7.284.944	44,88
SP	41.901.219	12.601.254	30,07
Sudeste	81.565.983	36.169.212	44,34
PR	10.577.755	6.378.744	60,3
RS	10.770.603	4.532.130	42,08
SC	6.383.286	4.759.222	74,56
Sul	27.731.644	15.670.096	56,51
Brasil	193.976.530	109.341.094	56,37

Ao considerar a cobertura de ESF nos municípios com habilitação na atenção domiciliar, a região Nordeste possuiu a média de 79%, seguido da região Norte com 61%, a região Centro Oeste com 60%, a região Sul com 59% e a região Sudeste com 40%.

Na análise dos estados com média de cobertura de ESF abaixo de 50%, dos sete (7) estados encontrados, Mato Grosso possuiu a média de 21% de cobertura, seguido do Distrito Federal com 27%, São Paulo com 28%, Amazonas com 31%, Rio Grande do Sul com 33%, Espírito Santo com 43% e Amapá com 46%. É importante ressaltar que a região Sudeste e o Estado de São Paulo possuem a maior quantidade de municípios habilitados e o terceiro estado com menor cobertura de ESF. Os estados do Piauí, Ceará, Sergipe, Paraíba e Alagoas possuem as melhores coberturas de ESF com 97%, 92%, 90%, 89% e 85% respectivamente. A média de cobertura de ESF dos municípios habilitados no Brasil é de 57%, de acordo com a Tabela 65 abaixo:

Tabela 65- Quantidade de municípios com habilitação em atenção domiciliar e média de cobertura de ESF por regiões e estados.

Regiões e UF	Municípios Habilitados	Média de Cobertura ESF (%)
Centro Oeste	15	60%
DF	1	27%
GO	10	61%
MS	3	78%
MT	1	21%
Nordeste	92	79%
AL	8	85%
BA	30	67%
CE	16	92%
MA	7	66%
PB	4	89%
PE	10	75%
PI	10	97%
RN	5	80%
SE	2	90%
Norte	15	61%
AC	2	70%
AM	1	31%
AP	1	46%
PA	6	60%
RO	3	57%
TO	2	82%
RR	0	0%
Sudeste	133	40%
ES	7	43%
MG	22	70%
RJ	22	56%
SP	82	28%
Sul	22	59%
PR	7	63%
RS	6	33%
SC	9	72%
Total Geral	277	57%

Na avaliação da cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios implantados na atenção domiciliar, a região Nordeste possui a média de 76% nos municípios habilitados, a região Centro Oeste com 59%, a região Norte com 57%, a região Sul com 51% e a região Sudeste com 41%. Na análise dos estados com implantações e cobertura de ESF menor que 50%, os seis (6) estados encontrados foram Distrito Federal e São Paulo com 27%, Amazonas com 31%, Rio Grande do Sul com 35%, Acre com 40% e Amapá com 46%. É importante ressaltar que a região Sudeste e o Estado de São Paulo possuem a maior quantidade de municípios implantados e dividem com o DF a menor cobertura de ESF entre os estados. Os estados do Piauí, Ceará e Paraíba possuem as melhores coberturas de ESF com 100%, 95% e 90% respectivamente. A média de cobertura de ESF dos municípios implantados no Brasil é de 55%, de acordo com a Tabela 66 abaixo:

Tabela 66- Quantidade de municípios com implantação em atenção domiciliar e média de cobertura de ESF por regiões e estados.

Regiões e UF	Municípios Implantados	Média de Cobertura de ESF (%)
Centro Oeste	11	59%
DF	1	27%
GO	8	61%
MS	2	67%
MT	0	0%
Nordeste	53	76%
AL	4	76%
BA	18	63%
CE	8	95%
MA	6	71%
PB	3	90%
PE	7	72%
PI	3	100%
RN	4	75%
SE	0	0%
Norte	11	57%
AC	1	40%
AM	1	31%
AP	1	46%
PA	4	69%
RO	3	57%
TO	1	66%
RR	0	0%
Sudeste	79	41%
ES	0	0%
MG	16	68%
RJ	18	53%
SP	45	27%
Sul	12	51%
PR	4	50%
RS	5	35%
SC	3	78%
Total Geral	166	55%

Foi identificada a faixa de porcentagem de cobertura da ESF nos municípios habilitados na atenção domiciliar do SUS, mostrando que 121 municípios estão com cobertura de ESF abaixo de 50% e 156 municípios com cobertura de ESF acima de 50%. Estratificando os municípios por grupos menores, a maior concentração localiza-se na cobertura de ESF abaixo de 30%, seguido pelo grupo com cobertura de ESF acima de 90%, conforme Gráfico 4 abaixo:

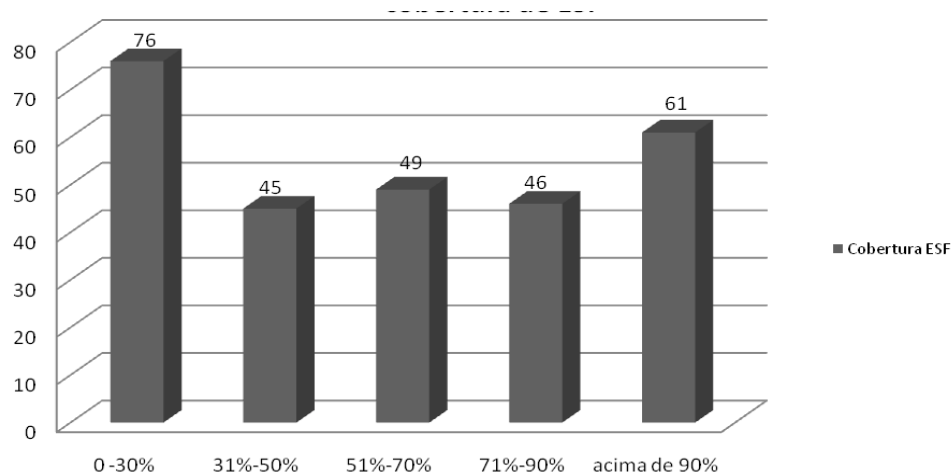


Gráfico 4. Quantidade de municípios habilitados de acordo com cobertura de ESF.

Na análise da Cobertura da ESF dos municípios pertencentes aos GH1, GH2, GH3 e GH4, o valor médio foi menor nos municípios habilitados (49,67) quando comparado com os municípios não habilitados (68,48), pressupondo que a cobertura maior da ESF não possui influência na habilitação da atenção domiciliar e que a menor cobertura de ESF poderia apresentar relação direta na habilitação da atenção domiciliar. A diferença entre a distribuição de valores entre os grupos foi significativa pelo teste de Mann Whitney, com $P = 0,000$, conforme Tabela 67 abaixo:

Tabela 67- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de ESF dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.

Cobertura ESF	Quantidade de municípios	Desvio				
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios não habilitados	1086	68,48	72,90	30,10	0,00	100,00
Municípios habilitados	256	49,67	47,55	31,83	0,00	100,00

Teste U de Mann- Whitney $P = ,000$

O valor médio da cobertura de ESF dos municípios habilitados (49,67) é menor ao valor médio dos municípios implantados (48,13), pressupondo que a menor cobertura de ESF também possui influência na implantação da atenção domiciliar, mas a distribuição de valores foi a mesma entre os grupos e sem significância estatística pelo teste de Mann Whitney, com $P=0,681$, conforme Tabela 68 abaixo:

Tabela 68- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de Estratégia de Saúde da Família dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.

Cobertura ESF	Quantidade de municípios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios habilitados	256	49,67	47,55	31,83	0,00	100,00
Municípios implantados	158	48,13	46,02	30,12	0,00	100,00

Teste U de Mann- Whitney $P=0,681$

4.12- Cobertura da Saúde Suplementar

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014), no Brasil 50.619.350 habitantes possuem cobertura assistencial de saúde privada, ou seja, 25% dos habitantes. A maior concentração de usuários está na região Sudeste com 63%, seguido da região Sul com 14%, região Nordeste com 13%, região Centro Oeste com 6% e região Norte com 4%, como mostra a Tabela 69 abaixo:

**Tabela 69- Quantidade de usuários do sistema de saúde privado no Brasil
por regiões e estados:**

Regiões e Unidades da Federação	Total	%
Norte	1.957.053	4%
Rondônia	187.185	0%
Acre	45.497	0%
Amazonas	644.035	1%
Roraima	37.739	0%
Pará	867.469	2%
Amapá	71.863	0%
Tocantins	103.265	0%
Nordeste	6.758.592	13%
Maranhão	507.039	1%
Piauí	269.511	1%
Ceará	1.263.159	2%
Rio Grande do Norte	464.891	1%
Paraíba	421.494	1%
Pernambuco	1.405.528	3%
Alagoas	447.735	1%
Sergipe	320.898	1%
Bahia	1.658.337	3%
Sudeste	31.792.585	63%
Minas Gerais	5.434.130	11%
Espírito Santo	1.149.655	2%
Rio de Janeiro	6.200.145	12%
São Paulo	19.008.655	38%
Sul	7.064.942	14%
Paraná	2.806.917	6%
Santa Catarina	1.495.445	3%
Rio Grande do Sul	2.762.580	5%
Centro-Oeste	3.036.143	6%
Mato Grosso do Sul	527.158	1%
Mato Grosso	529.686	1%
Goiás	1.076.330	2%
Distrito Federal	902.969	2%
Exterior	6	0%
UF não Identificada	10.029	0%
Brasil	50.619.350	25%

Na análise da taxa de cobertura assistencial do sistema privado de saúde no Brasil em 2014, a região Sudeste possuiu taxa de 39%, a região Sul com 26%, a região Centro Oeste com 21%, a região Nordeste com 13% e a região Norte com 12%. O estado de São Paulo possuiu a maior taxa com 45%, seguido do Rio de Janeiro com 38%, Distrito Federal com 34% e Espírito Santo com 32%. Todos os estados da região Sudeste possuem cobertura de saúde privada acima de 30%, e os outros estados, exceto o Distrito Federal, possuem taxa de cobertura de saúde privada abaixo de 30% como mostra a Tabela 70 abaixo:

Tabela 70- Taxa de cobertura assistencial de saúde privada por regiões e unidades federativas:

Regiões e UF	Taxa de cobertura assistencial de saúde privada (%)
Norte	12,0
Rondônia	11,8
Acre	6,0
Amazonas	17,9
Roraima	8,0
Pará	11,1
Amapá	10,3
Tocantins	7,3
Nordeste	12,5
Maranhão	7,6
Piauí	8,5
Ceará	14,7
Rio Grande do Norte	14,4
Paraíba	11,0
Pernambuco	15,7
Alagoas	14,1
Sergipe	15,2
Bahia	11,7
Sudeste	39,0
Minas Gerais	27,4
Espírito Santo	32,1
Rio de Janeiro	38,2
São Paulo	45,4
Sul	25,5
Paraná	26,5
Santa Catarina	23,4
Rio Grande do Sul	25,6
Centro-Oeste	21,0
Mato Grosso do Sul	21,0
Mato Grosso	17,0
Goiás	17,5
Distrito Federal	34,1
Brasil	25,0

Na avaliação dos municípios habilitados em atenção domiciliar, a média de cobertura do sistema de saúde suplementar foi de 26%, com destaque a região Sudeste com 38% e a região Sul com 30%. A região Centro Oeste apresentou média de 15%, a região Norte com 13% e a região Nordeste com 12%. Em relação aos estados, o estado do Espírito Santo apresentou a média de 43% e o estado de São Paulo com 42% conforme mostra a Tabela 71 abaixo:

Tabela 71- Média de Cobertura do Sistema de Saúde Suplementar dos municípios habilitados por regiões e estados:

Regiões e UF	Municípios Habilitados	Média de Cobertura do Sistema de Saúde Suplementar
Centro Oeste	15	15%
DF	1	34%
GO	10	12%
MS	3	17%
MT	1	17%
Nordeste	92	12%
AL	8	9%
BA	30	12%
CE	16	12%
MA	7	10%
PB	4	16%
PE	10	15%
PI	10	6%
RN	5	18%
SE	2	21%
Norte	15	13%
AC	2	6%
AM	1	33%
AP	1	14%
PA	6	12%
RO	3	16%
TO	2	6%
Sudeste	133	38%
ES	7	43%
MG	22	35%
RJ	22	28%
SP	82	42%
Sul	22	30%
PR	7	33%
RS	6	36%
SC	9	24%
Total	277	26%

Na avaliação dos municípios implantados em atenção domiciliar, a média de cobertura do sistema de saúde suplementar foi de 27%, com destaque a região Sudeste com 39% e a região Sul com 34%. A região Centro Oeste teve a média de 17% e a região Norte e Nordeste com 13% cada. Em relação aos estados, o estado de São Paulo apresentou a média de 42%, o estado do Rio Grande do Sul com 39% e os estados do Paraná e Minas Gerais com 37% cada, conforme mostra a Tabela 72 abaixo:

Tabela 72- Média de Cobertura do Sistema de Saúde Suplementar dos municípios implantados por regiões e estados:

Regiões e UF	Municípios Implantados	Média de Cobertura de Saúde Suplementar
Centro Oeste	11	17%
DF	1	34%
GO	8	14%
MS	2	18%
MT	0	0%
Nordeste	53	13%
AL	4	14%
BA	18	14%
CE	8	11%
MA	6	6%
PB	3	13%
PE	7	21%
PI	3	3%
RN	4	20%
SE	0	0%
Norte	11	13%
AC	1	11%
AM	1	33%
AP	1	14%
PA	4	5%
RO	3	16%
TO	1	8%
Sudeste	79	39%
ES	0	0%
MG	16	37%
RJ	18	31%
SP	45	42%
Sul	12	34%
PR	4	37%
RS	5	39%
SC	3	20%
Total	166	27%

Na análise da cobertura da saúde suplementar dos municípios pertencentes aos GH1, GH2, GH3 e GH4, o valor médio foi maior nos municípios habilitados (24,6) quando comparado com os municípios não habilitados (12,5), pressupondo que a cobertura maior de saúde suplementar possui influência na habilitação da atenção domiciliar. A diferença entre a distribuição de valores entre os grupos foi significativa pelo teste de Mann Whitney, com $P=0,000$, conforme Tabela 73 abaixo:

Tabela 73- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de Saúde Suplementar dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios não habilitados e habilitados.

Cobertura Saúde Suplementar	Quantidade de municípios	Desvio				
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios não habilitados	1086	12,5	8,1	12,9	0,00	90,2
Municípios habilitados	256	24,6	23,3	17,1	0,00	73,5
Teste U de Mann- Whitney $P=0,000$						

O valor médio da cobertura de saúde suplementar nos municípios habilitados (24,6) é menor ao valor médio dos municípios implantados (24,8), pressupondo que a menor cobertura de saúde suplementar não possui influência na implantação da atenção domiciliar e a distribuição de valores foi a mesma entre os grupos e sem significância estatística pelo teste de Mann Whitney, com $P=0,921$, conforme Tabela 74 abaixo:

Tabela 74- Média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos da Cobertura de Saúde Suplementar dos GH1, GH2, GH3 E GH4 dos municípios habilitados e implantados.

Cobertura Saúde Suplementar	Quantidade de municípios	Desvio				
		Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo
Municípios habilitados	256	24,6	23,3	17,1	0,00	73,5
Municípios implantados	158	24,8	22,9	17,2	0,00	66,7
Teste U de Mann- Whitney $P=0,921$						

Na análise dos pressupostos encontrados que a habilitação dos municípios do GH1, GH2, GH3 e GH4 sofrem influência da menor cobertura da estratégia de saúde da família e maior cobertura do sistema de saúde suplementar (SS), foi realizada a análise dessa relação e de acordo com o teste de Correlação de Spearman, esses fatores possuem correlação significativa, os dados tem médio grau de correlação positiva de Spearman (0,603) entre si e com significância ao nível de 0,01, conforme Tabela 75 abaixo:

Tabela 75- Resultado do coeficiente de Spearman para correlação entre Cobertura de ESF e Cobertura de Saúde Suplementar:

Coeficiente de Spearman para correlação/Variável Cobertura ESF	Quantidade de municípios	Correlações de coeficiente	Sig. (2 extremidades)
Cobertura Saúde Suplementar dos municípios habilitados	256	0,603**	0,000

****.** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Baseado que os municípios habilitados na atenção domiciliar do GH1, GH2, GH3 e GH4 possuem menor cobertura de ESF e menor índice de acesso potencial ou obtido (IAPO) de acordo com o IDSUS, foi realizado a análise dessa relação e de acordo com o teste de Correlação de Spearman, esses fatores possuem correlação significativa, os dados tem baixo grau de correlação positiva de Spearman (0,295) entre si e com significância ao nível de 0,01. Na análise da cobertura da ESF com o IESUS, de acordo com o teste de Correlação de Spearman esses fatores não possuem correlação significativa (0,070), conforme Tabela 76 abaixo:

Tabela 76- Resultado do coeficiente de Spearman para correlação entre Cobertura de ESF e Cobertura de Saúde Suplementar:

Coeficiente de Spearman para correlação/Variável Cobertura ESF	Quantidade de municípios	Correlações de coeficiente	Sig. (2 extremidades)
IAPO dos municípios habilitados	256	0,295**	0,000
IESUS dos municípios habilitados	256	0,070	0,268

****.** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

5 - DISCUSSÃO

Durante a realização desta pesquisa, houve a preocupação do pesquisador em identificar os fatores que podem levar a habilitação e implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e mostrar como foi que se distribuiu essa política ao longo do período estudado. De outubro de 2011 a dezembro de 2013, a normativa de redefinição da atenção domiciliar no âmbito do SUS passou por 2 (duas) alterações, ampliando os critérios de elegibilidade de acordo com o porte populacional dos municípios. Antes da normativa federal de redefinição da atenção domiciliar no âmbito do SUS, municípios e estados realizavam modelos próprios de atenção domiciliar, de diversas formas e composições de equipes. Com o surgimento da normativa federal e a possibilidade de habilitação e captação de recursos para custeio das equipes de atenção domiciliar, a primeira normativa que ficou vigente de outubro de 2011 a junho de 2012, habilitou-se principalmente os municípios e estados de maior porte populacional e que já possuíam algum modelo existente de atenção domiciliar, como os primeiros serviços de atenção domiciliar habilitados sob gestão municipal em Santos/SP, Guarujá/SP, Campinas/SP, São Bernardo do Campo/SP, Ribeirão Preto/SP, Belo Horizonte/MG, Betim/MG, Rio de Janeiro/RJ, Volta Redonda/RJ, Recife/PE, Cascavel/PR, Pelotas/RS dentre outros e sob gestão estadual a experiência do estado da Bahia nos municípios de Salvador, Juazeiro, Alagoinhas dentre outros.



Imagem 1. Serviço de Atenção e Internação Domiciliar de Campinas (SAID), existente desde 1993.
Fotografia: André François- <http://devoltaparacasa.org.br/fotografias/cuidado-em-casa>

Com a segunda normativa que ficou vigente de julho de 2012 a abril de 2013, houve a ampliação da habilitação para os municípios com população acima de 40 mil habitantes, no total de 15% (815) dos municípios brasileiros, mas a quantidade de municípios habilitados na segunda normativa (67) foi menor quando comparado com a primeira normativa (72). É importante ressaltar que esse período da vigência da segunda normativa deu-se no último semestre de governo municipal e estadual, período eleitoral e primeiro semestre de governo municipal e estadual pós eleições.

A terceira normativa vigente em maio de 2013 possibilita a habilitação de todos os municípios brasileiros (5570), de acordo com o porte populacional e suas modalidades de equipes, sendo que 50% (138) das habilitações ocorrem a partir dessa normativa, mas não atinge de forma expressiva algumas regiões como a região Norte com poucos municípios habilitados para EMAD tipo I (5) e nenhum município para EMAD tipo II e pouco se atingiu para ampliação das habilitações da região Sul e Centro Oeste para essas modalidades. Os municípios com populações abaixo de 20 mil habitantes (3841) podem habilitar-se via consórcio municipal, que não ocorreu no período do estudo até dezembro de 2013. A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (Brasil, 1990a) e a Lei no 8.142/90 (Brasil, 1990b) citam a organização de consórcios para desenvolvimento no âmbito da saúde:

“Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”.

Viana (2000) relata que a prática de consórcio tem sido apontada na pauta da agenda pública no Brasil, mas pouco tem conseguido avançar com experiências recentes.

O processo de consórcio em atenção domiciliar, que é recente e necessita que os municípios de menor porte se unam até compor o mínimo de 20 mil habitantes e assim constituírem uma equipe de atenção domiciliar, pressupõe que alguns fatores como articulação política, mecanismos legais, logística de funcionamento, análise financeira de custeio, recursos humanos dentre outros possam dificultar no credenciamento.

De acordo com as modalidades de equipes, 67% dos municípios elegíveis para EMAD tipo I, 68% para EMAD tipo II e 59% para EMAD tipo II Consórcio estão concentrados na região Sudeste e Nordeste. Na análise da habilitação e implantação da

atenção domiciliar, 81% dos municípios habilitados para EMAD tipo I e tipo II, 80% dos municípios implantados para EMAD tipo I e 75% para EMAD tipo II pertencem à região Sudeste e Nordeste do Brasil. Tem destaque o estado de São Paulo que representa 30% dos municípios habilitados e 27% dos municípios implantados do total no Brasil.

Em relação aos municípios habilitados (277), 60% (166) estão com implantação, mas quando avaliado a quantidade de equipes de atenção domiciliar dentro de todas suas tipologias, das 808 equipes habilitadas, 41% (330) estão implantadas, ou seja, alguns municípios não implantam o total de suas equipes habilitadas, proporcionando um déficit de 19% (155) de equipes de atenção domiciliar que deveriam estar implantadas se comparadas com o total dos municípios implantados. Essa diferença de quantidade de equipes habilitadas e implantadas em nível local pode causar problemas no processo de trabalho da equipe no território, considerando que num município de grande porte cada equipe cobre em média 100 mil habitantes, esse déficit pode provocar sobrecarga de uma equipe e/ou dificuldade gerencial e de assistência aos usuários do SUS.



Imagem 2. Serviço de Atenção e Internação Domiciliar de Campinas (SAID), existente desde 1993.
Fotografia: André François- <http://devoltaparacasa.org.br/fotografias/cuidado-em-casa>

5.1- Atenção domiciliar e o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS)

A partir dos critérios utilizados pela formação dos Grupos Homogêneos do IDSUS, caracterizando o desenvolvimento do SUS em nível local de acordo com as dimensões de desenvolvimento socioeconômico, de condições de saúde e de estrutura do sistema de saúde municipal, foi possível identificar que a concentração de 75% (4221) dos municípios no GH5 e GH6 não foi um fator que levou a maior quantidade de habilitação e implantação nesses GH, pelo contrário, a menor quantidade de municípios habilitados (21) e municípios implantados (8) na atenção domiciliar no Brasil. Tem-se o pressuposto que menores condições socioeconômicas, de condições de saúde e de estrutura do sistema municipal de saúde podem ser fatores que dificultam a habilitação e implantação na atenção domiciliar. Esse pressuposto fica mais evidente quando analisado a habilitação e implantação do GH1 e GH2, que dos seus 123 municípios com maiores índices nessas dimensões, 62% (76) estão habilitados e 42% (52) implantados. Aparentemente, ter o mínimo de estrutura de média e alta complexidade no município parece ser um fator que influencia na habilitação e implantação da atenção domiciliar, ponto discrepante identificado entre os GH5 e GH6 perante os outros GH.

A normativa de redefinição da atenção domiciliar aponta os critérios de elegibilidade de acordo com o porte populacional dos municípios, mas fatores como o IDSUS e seus GHs também seriam importantes para identificação dos critérios de elegibilidade e equidade na política de atenção domiciliar, desde para conformação das tipologias de equipes, equipamentos necessários, modalidades e capacidade de atendimento dentre outros.

Granja et al (2010) coloca que um dos pilares do SUS é a equidade na distribuição de recursos e que a equidade na assistência saúde tem a seguinte definição:

“Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando no atendimento os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos.”

De acordo com Paim e Teixeira (2006), a política de saúde organizada pelo Estado tem como função resposta social para enfrentamento das condições de saúde da

população e seus determinantes, desde a relação de produção, distribuição, gestão e regulação, por meio de propostas e prioridades para ação pública.

Na avaliação do Índice de Acesso Potencial ou Obtido (IAPO) do IDSUS, a média nacional foi de 5,14. Em relação aos municípios habilitados (277) e implantados (166), a média dos habilitados foi de 4,84 e a média dos implantados foi de 4,77, abaixo da média nacional, pressupondo que mais acesso ao SUS não influencia na habilitação e implantação da atenção domiciliar, pelo contrário, menor acesso pode ter relação. Na avaliação do Índice de Efetividade (IESUS) do IDSUS, a média nacional foi de 7,04, sendo 6,88 para os habilitados e 6,91 para os implantados, abaixo da média nacional, pressupondo que efetividade não tem relação direta para habilitação e implantação da atenção domiciliar. Ambos índices apontam que menos acesso e menor efetividade do SUS podem ser fatores que levam os gestores municipais ou estaduais a habilitarem ou implantarem a política de atenção domiciliar, uma situação em que os mesmos estariam buscando alternativas para melhoras das condições de saúde e estruturação dos serviços de saúde.

Barbara Starfield (2011) define em seus estudos que a desigualdade pode ter duas vertentes, horizontal ou vertical, sendo que a desigualdade horizontal indica que as pessoas com as mesmas necessidades não tem acesso aos mesmos recursos e a desigualdade vertical é quando as pessoas com maiores necessidades não recebem mais recursos. De acordo com a autora, a iniquidade se define como:

“Iniquidade é a presença de sistemática e potencialmente remediáveis diferenças entre grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, ou geograficamente.”



Imagem 3. Quarto do paciente que faz tratamento domiciliar. Estrutural/DF. Fotografia: André François- <http://devoltaparacasa.org.br/fotografias/cuidado-em-casa>

De certa forma, a análise dos critérios que levam a habilitação e implantação nos GH5 e GH6 estão prejudicados pelo baixo número de municípios habilitados (21) e implantados (8), sendo que o GH5 apresentou a maior média no IAPO (5,77) e o GH6 a maior média do IESUS (7,39) no Brasil. Considerando que estes dois GHs não possuem estrutura de média e alta complexidade, o alcance positivo desses índices provavelmente estão relacionados com a resolutividade da atenção básica, pressupondo que o acesso e a efetividade mínima de média e alta complexidade são fatores determinantes para habilitação e implantação da atenção domiciliar nos municípios, juntamente com melhores condições socioeconômicas, condições de saúde e estrutura do sistema municipal de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2005) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a definição e os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) são:

“A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.”

- *procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;*

- *cirurgias ambulatoriais especializadas;*

- *procedimentos traumato-ortopédico;* • *ações especializadas em odontologia;*

patologia clínica;

- *anatomopatologia e citopatologia;*

- *radiodiagnóstico;*

- *exames ultra-sonográficos;*

- *diagnose;*

- *fisioterapia;*

- *terapias especializadas;*

- *próteses e órteses;*

- *anestesia.*

E para a alta complexidade, o Ministério da Saúde (2005) e o CONASEMS definem e agrupam como:

“Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”

- *assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);*

- *assistência ao paciente oncológico;*

- *cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;*
- *procedimentos da cardiologia intervencionista;*
- *procedimentos endovasculares extracardíacos;*
- *laboratório de eletrofisiologia;*
- *assistência em traumatologia-ortopedia;*
- *procedimentos de neurocirurgia;*
- *assistência em otologia; • cirurgia de implante coclear;*
- *cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;*
- *cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;*
- *procedimentos em fissuras lábio-palatais;*
- *reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;*
- *procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;*
- *assistência aos pacientes portadores de queimaduras;*
- *assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);*
- *cirurgia reprodutiva; • genética clínica;*
- *terapia nutricional;*
- *distrofia muscular progressiva;*
- *osteogênese imperfeita;*
- *fibrose cística e reprodução assistida*

A atenção domiciliar tem como diretriz articular-se com os outros pontos de atenção à saúde e de retaguarda, destinando a atenção para os pacientes com maior densidade de cuidado, necessitando muitas vezes de apoio diagnóstico terapêutico e de

retaguarda de urgência e emergência, fazendo com que esses fatores possam ser determinantes na escolha do gestor de habilitar e implantar as equipes de atenção domiciliar.

Com o intuito do estudo em identificar as variáveis que podem influenciar na habilitação e implantação da atenção domiciliar, e análise que a baixa habilitação e implantação no GH5 e GH6 podem ter sido influenciadas pela não existência de estrutura de média e alta complexidade e suas baixas condições socioeconômicas, de condições de saúde e de estrutura do sistema de saúde municipal, optou-se em realizar a análise dos GH1, GH2, GH3 e GH4 (1342), que do universo dos 277 municípios habilitados e 166 municípios implantados, possuem representatividade de 92% e 95% respectivamente.

O IAPO desses GHs obteve a média de 4,86 para os municípios habilitados (256), 4,78 para os municípios implantados (158) e 4,92 para os municípios não habilitados (1086), apontando o pressuposto que o menor acesso influencia na habilitação e implantação da atenção domiciliar, mas sem significância estatística para os habilitados e não habilitados ($P=0,888$) e para os habilitados e implantados ($P=0,285$).

O IESUS desses GHs obteve a média de 6,86 para os municípios habilitados (277), 6,90 para os municípios implantados (158) e 6,87 para os municípios não habilitados (1086), apontando o pressuposto que o índice de efetividade não influencia na habilitação, mas que pode ter alguma influência na implantação da atenção domiciliar, mas sem significância estatística para os habilitados e não habilitados ($P=0,288$) e para os habilitados e implantados ($P=0,867$).

O CONASEMS (2009) coloca que a regionalização dos serviços de saúde do SUS, conhecendo e identificando as prioridades locais, garante o acesso dos cidadãos para resolução dos problemas de saúde, pressupondo a pactuação e negociação entre os gestores para a descentralização das ações e serviços de saúde.

5.2- Critério Populacional, PIB e IDH

A região Sudeste e Nordeste possui 70% da população brasileira (141.301.813 milhões de habitantes) e 62% do total de municípios brasileiros. Na análise do GHs, os 29 municípios do GH1 representam 25% da população brasileira, e destes, 26 estão habilitados e 20 implantados, apontando que o critério populacional tem influência na

habilitação e implantação da atenção domiciliar. É importante considerar que a primeira normativa fazia indução para habilitação e implantação para os municípios de grande porte.

O GH1, GH2, GH3 e GH4 representam 77% da população brasileira, e a média de habitantes foi maior nos municípios habilitados (329.910) e nos municípios implantados (407.296) do que nos municípios não habilitados (58.864), reforçando o pressuposto que o porte populacional, ou seja, os municípios de grande porte possuem tendência a habilitação e implantação da atenção domiciliar. A análise foi significativa para os municípios habilitados ($P=0,000$) e não significativa estatisticamente para os implantados ($P=0,163$).

A concentração de leitos hospitalares nos municípios de grande porte e a indução da política de atenção domiciliar para apoio nos critérios de desospitalização podem ter influenciado na habilitação e implantação da atenção domiciliar. Segundo os indicadores de recursos do IBGE (2000), o número de leitos por habitante é influenciada por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas.

De acordo com os dados do IBGE (2007-2009), 9% do PIB do Brasil foi destinado ao consumo final de bens e serviços de saúde, sendo que o consumo de serviços de saúde, como atendimento hospitalar e consultas médicas, mobilizou 5,6% do PIB e as despesas com consumo final de medicamentos, 1,9%.

O PIB dos municípios habilitados (277) teve representatividade de 57% sobre o montante do ano de 2010, apontando que a atividade econômica pode influenciar na habilitação e implantação da atenção domiciliar. O estudo mostrou que o PIB tem influência na habilitação ($P=0,000$), mas não possui significância estatística na implantação ($P=0,284$), mesmo esse grupo de municípios implantados ter média superior aos municípios habilitados.

Starfield (2002) coloca que uma maior riqueza nacional não garante as condições socioeconômicas que produzem um alto nível de saúde e sim quanto mais recursos sociais de indivíduos ou comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor, ou seja, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maior as disparidades na saúde.

Para uma análise mais ampla, foi realizada a avaliação do IDH que considera as três dimensões básicas como renda, saúde e educação dos municípios habilitados e

implantados em atenção domiciliar, sendo que 86% dos municípios habilitados estão na classificação como índice médio e alto e no Brasil essa representatividade é de 74%. Os municípios com índice baixo (1367) ou muito baixo (32) que representam 25% dos municípios brasileiros tiveram pouco alcance da política de atenção domiciliar, apenas 15 municípios com índice baixo habilitaram e 5 implantaram e nenhum com índice muito baixo. Esses dados mostram que outros critérios como o IDH devem ser visualizados no processo de indução das políticas públicas de saúde, pois somente os fatores de porte populacional não foram suficientes para atingir esses grupos que são vulneráveis. É importante ressaltar que média populacional desse grupo foi de 15.637 habitantes, considerando então que a maioria desses municípios necessitavam constituir consórcio intermunicipal para habilitação das equipes, fator este que não existiu no período do estudo, reforçando a necessidade de novos mecanismos ou subsídios de indução para os municípios com menor porte populacional, menor IDSUS e menor IDH.

O estudo identificou que o IDH mais alto pode influenciar na habilitação e implantação da atenção domiciliar, encontrando o valor médio para os habilitados de 0,73, para os implantados de 0,73 e para os não habilitados de 0,68, com significância estatística para a habilitação ($P= 0,000$) e sem significância estatística para implantação ($P= 0,926$).

Os dados mostraram com significância estatística que os resultados isolados de porte populacional, PIB e o IDH podem influenciar na habilitação da atenção domiciliar, e ao correlacionar esses três itens, foi identificado que essa tríade reforça os pressupostos que os municípios de grande porte populacional, maior capacidade econômica com PIB elevado e índices mais altos de educação, saúde e renda (IDHM) podem levar a habilitação da normativa de atenção domiciliar nos municípios, conforme Diagrama 2 abaixo:

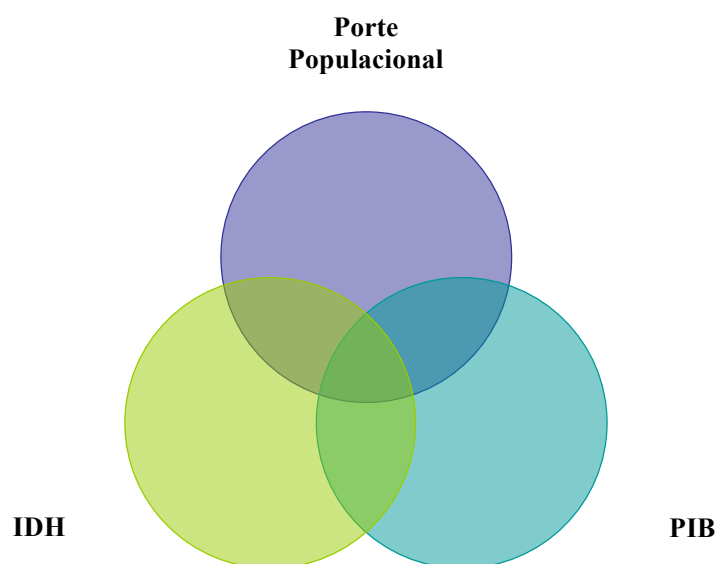


Diagrama 2. Tríade de Correlação de fatores para habilitação da atenção domiciliar.

5.3- Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Suplementar

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, sendo contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

A cobertura de saúde da família no Brasil em 2013 foi de 56% e os municípios habilitados tiveram a média de 57% e os municípios implantados de 55%. A região Sudeste possui o maior número de municípios habilitados e implantados, com destaque para o estado de São Paulo, mas estes possuem baixa cobertura de ESF, 44% e 30% respectivamente.

Na avaliação dos GH1, GH2, GH3 e GH4, os municípios habilitados (256) tiveram a média de 49,67%, municípios implantados (158) com a média de 48,13% e os municípios não habilitados (1086) a média de 68,48, onde o estudo apontou que os municípios com menor cobertura de saúde da família possuem tendência de habilitação

em atenção domiciliar, com significância estatística $P= 0,000$ e sem significância estatística para implantação com $P= 0,681$. Esses fatos podem estar relacionados com a sobreposição do modelo de atenção à saúde, considerando que a baixa cobertura de saúde da família, que dentro de suas atividades a atenção domiciliar tipo I faz parte do seu papel de atuação no território, estariam sendo transferidas para as equipes de atenção domiciliar que possuem atividades com pacientes com maior densidade de cuidado. De acordo com a Portaria 963 de 27 de maio de 2013, no seu artigo 21 descreve:

“Art. 21. A prestação da assistência à saúde na modalidade ADI é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.”

Outro fator importante é relacionado ao custeio das equipes, onde o custeio da atenção domiciliar é de 5 à 7 vezes maior que o da ESF, dependendo da modalidade de ambos, que na visão do gestor local pode ser um critério de sobreposição do modelo de atenção à saúde. Os territórios descobertos pela ESF com casos diversos para o cuidado em atenção domiciliar, mesmo não sendo de sua modalidade específica, o valor do custeio pode fazer com que o gestor opte na habilitação e implantação da atenção domiciliar no lugar da ESF num primeiro momento.

A falta de planejamento da gestão e a ocorrência de sobreposição desses modelos de atenção, num primeiro momento parecem que a equipe de atenção domiciliar cobre as áreas descobertas da ESF, mas logo ocorre o estrangulamento do processo de trabalho, proporcionando baixa resolutividade devido ao volume excessivo e crescente de novos casos, sendo que a diretriz de prevenção e promoção de saúde da estratégia de saúde da família não está sendo executado, papel este que não é da atenção domiciliar. O serviço de atenção domiciliar vem para apoiar a estratégia de saúde da família e não substituir por completa. Segue Diagrama 3 abaixo com o ciclo vicioso da sobreposição de modelo de ESF para Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):

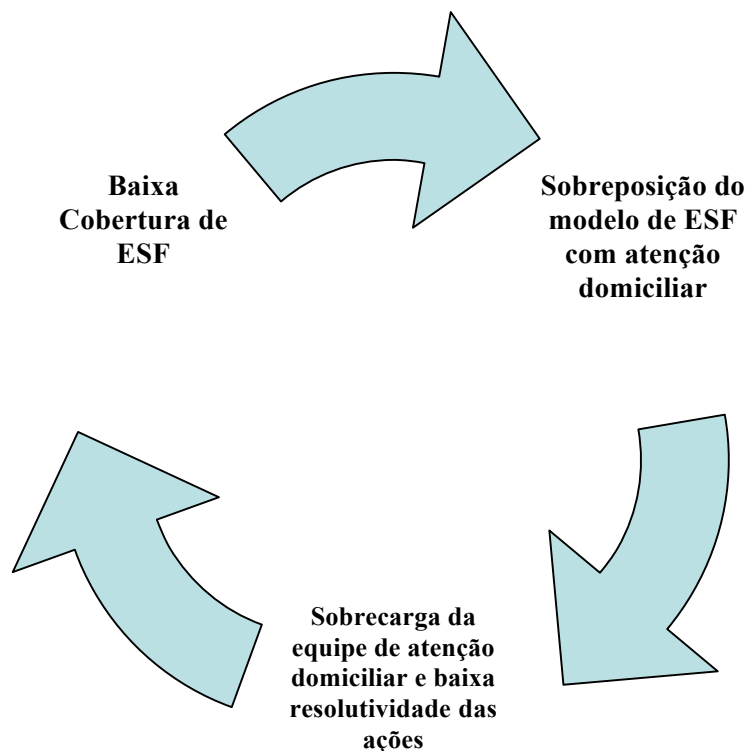


Diagrama 3. Ciclo vicioso na ocorrência da sobreposição de modelo de atenção de ESF para SAD.

Em relação a cobertura de saúde suplementar, o Brasil possui cobertura de 25%, sendo que 63% estão concentrados na região Sudeste. A média de cobertura de saúde suplementar dos municípios habilitados é de 26% e nos municípios implantados de 27%, seguindo a tendência nacional.

Na avaliação dos GH1, GH2, GH3 e GH4, a média da cobertura de saúde suplementar dos municípios habilitados (256) foi de 24,6%, nos municípios implantados (158) foi de 24,8% e nos municípios não habilitados (1086) foi de 12,5%, onde o estudo apontou que maior cobertura de saúde suplementar pode influenciar na habilitação e implantação das equipes de atenção domiciliar, com significância estatística para habilitação com $P=0,000$ e sem significância estatística para implantação com $P=0,921$. Com o advento do “Home Care” nos sistemas de saúde privado e até então a lacuna normativa no SUS, após a normatização e o custeio federal pode ser que houve uma “pressão” aos gestores municipais para que os municípios começassem a habilitar e implantar as equipes de atenção domiciliar do SUS. As condições do aumento da sobrevida e o aumento das condições crônicas degenerativas também podem ser fatores que levam tanto o sistema público ou privado a requerer mecanismos como a atenção domiciliar para melhorar o cuidado e diminuir custos na saúde. O estudo também

apontou que há correlação positiva na hipótese que os municípios com menor cobertura de ESF e maior cobertura da saúde suplementar têm maior tendência de habilitação na política de atenção domiciliar.

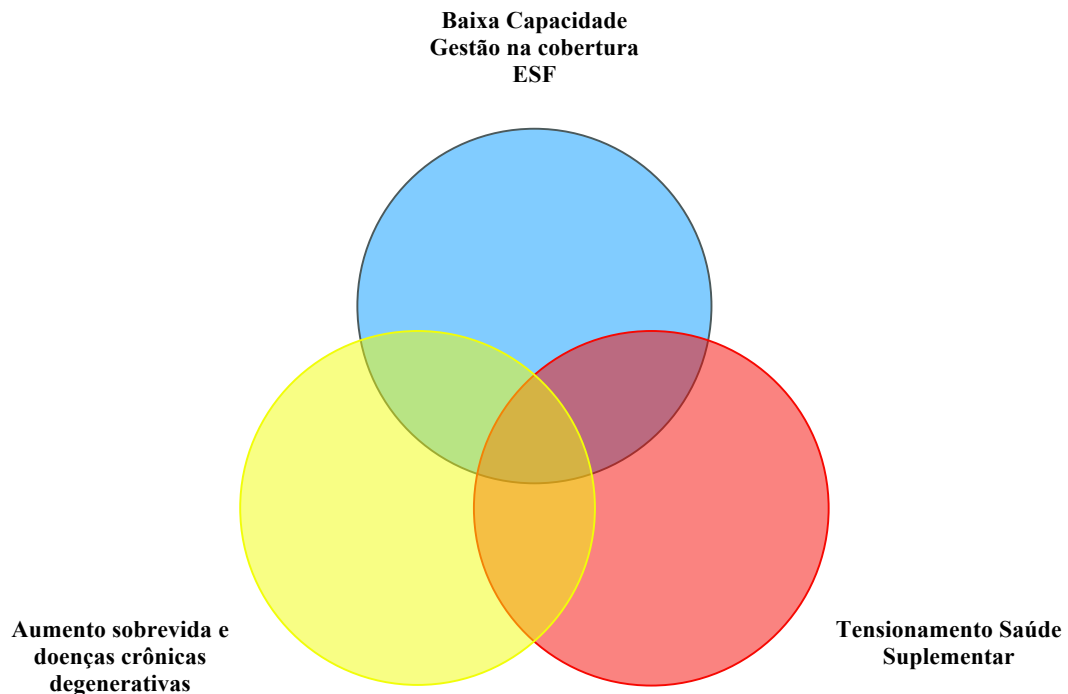


Diagrama 4. Fatores que podem levar a gestão a habilitar a atenção domiciliar.

Considerando que a atenção básica é a porta de acesso do SUS, e que aparentemente os municípios com menor cobertura de ESF e menor índice de acesso potencial ou obtido do SUS possuem pressupostos para habilitação em atenção domiciliar, o teste de correlação foi positivo, reforçando a tese que em alguns locais pode estar havendo sobreposição do modelo de atenção à saúde e/ou busca da gestão para resolutividade imediata de problemas, que no caso são os pacientes que necessitam de cuidado domiciliar e não há cobertura de ESF, deixando de ser investido na ESF.

6 - CONCLUSÃO

Através da realização desta pesquisa, foi possível concluir que alguns fatores podem influenciar na habilitação e implantação da atenção domiciliar no âmbito do SUS e que esses fatores podem servir de critérios para análise, avaliação e elaboração de novas políticas públicas em saúde. Os mecanismos de indução exclusivamente por critérios populacionais podem ser eficazes num primeiro momento na direção da política pública, mas outras vertentes para equidade na distribuição das políticas, como o IDSUS, podem ser utilizadas a fim de promover acesso ao SUS.

O IDSUS mostrou que os municípios sem nenhuma estrutura de média e alta complexidade não tiveram grande sucesso na habilitação e implantação da atenção domiciliar no SUS, evidenciando que esse tipo de serviço necessita de suporte de apoio terapêutico e de retaguarda de urgência e emergência, necessitando de uma reestruturação anterior do sistema de saúde.

A habilitação na atenção domiciliar sofreu influencia dos critérios de porte populacional, e a regiões e estados com municípios de grande porte foram os que mais habilitaram. Mesmo a indução com a universalização dos critérios de elegibilidade, não foi suficiente para atingir os municípios de pequeno porte, que se apresentavam com o entrave de formação de consórcio intermunicipal.

A atividade econômica de acordo com o PIB também mostrou que é um fator que pode influenciar para habilitação da atenção domiciliar, mas não para implantação das equipes, que muitas vezes pode estar mais relacionada à baixa capacidade de gestão ou governabilidade. Outros fatores como a lei de responsabilidade fiscal, recursos humanos principalmente profissionais médicos, logística da atenção domiciliar dentre outros podem estar relacionados aos problemas encontrados pela gestão em saúde.

As dimensões riqueza, saúde e educação do IDHM também mostraram que índices maiores podem levar a habilitação da atenção domiciliar, pois envolve também fatores de qualidade de vida e longevidade que estão muito relacionados com a atividade do serviço de atenção domiciliar. O IDHM não possui influencia diretamente para implantação, fator este que também deve ser relacionado aos problemas da gestão em saúde municipal.

Essa pesquisa também mostrou que há correlação entre a tríade porte populacional, PIB e IDHM, sendo fatores que em conjunto tem maior capacidade para habilitação da atenção domiciliar, mas não para implantação.

A cobertura de saúde da família e de saúde suplementar mostrou que menores coberturas de saúde da família e maiores coberturas de saúde suplementar podem levar a habilitação da atenção domiciliar, sendo fatores que podem estar relacionados desde a sobreposição do modelo de atenção em saúde quanto aos interesses do sistema de saúde privado em que o SUS tenha retaguarda de atenção domiciliar.

Com a realização desta pesquisa, foi possível compreender os fatores que podem levar a habilitação e implantação da atenção domiciliar no âmbito do SUS e mostrar que são necessárias análises e avaliações de múltiplos fatores a fim da indução e equidade na distribuição das políticas públicas em saúde.

Espera-se que esta pesquisa auxilie na forma de construção de novas políticas de saúde e na avaliação da atenção domiciliar no Brasil, a fim de que novos pesquisadores compreendam e proponham novos mecanismos para equidade, acesso e efetividade da atenção domiciliar aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília-DF, Diário Oficial da união, 27 jan. 2006.

ANDREAZZI, AFS, BAPTISTA, DA. Reflexões sobre modelos de financiamento da assistência domiciliar em saúde e avaliação de custos. **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/custos.pdf> - Acesso em 02/12/2012.

AZEVEDO, A.L.M. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. Dissertação (mestrado em saúde pública) - **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz**, Recife: A. L. M. de Azevedo, 177f; 2007.

BENJAMIN, A. E. Na historical perspective on home care policy. The Milbank Quartely, New York, v. 71, n. 1, p. 129-166, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília: Conasems, 200 p, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. **Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção domiciliar/** Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção domiciliar/** Brasília: Ministério da Saúde, v.2, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 13 de dezembro de 1999. **Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 237-E, 14 dez. 1999. Seção 1. p. 20-24.

_____. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - Fichas Técnicas dos Indicadores.** Coordenação e Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – Secretaria Executiva Ministério da Saúde. Brasília- DF, 2011. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa**. Brasília, 2011. Disponível em: . Acesso em: 2 jul. 2012.

_____. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. **Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no sus**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 mar. 1998. Seção 1. p. 106.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1. p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 137, 17 jul. 2012. Seção 1. p. 41.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 101, 28 mai. 2013. Seção 1. p. 30-32.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BONACIM, CAG; ARAÚJO, AMP. **Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 44(4):903-31, jul./ago, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARBONE, G. BARRECA, F. MANCINI, G P. SALVI, V. VANACORE, N. SALVITTI, C. UBALDI, F. SINIBALDI, L. **A home assistance model for dementia: outcome in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease after three months** Ann. Ist. Super. Sanità vol.49 n.1 Roma Jan./Mar. 2013.

CARVALHO, Luis Claudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

COLLINS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação.** Trad. Lucia Simonini. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, 349 p.

COTTA, RMM, SUAREZ VARELA, MM, LLOPIS GONZALES, A, COTTA FILHO, JS, REAL, ER, RICÓS, JAD. **La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas.** Rev. panam. salud pública;10(1):45-55, jul. 2001.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARCONI, M.A.; LAKATOS,E.M. Fundamentos de Metodologia Científica.6. Ed. 3. Reimpressão, 2006.

GOMES, F.F.C. CHERCHIGLIA, M.L. MACHADO, C.D. SANTOS, V.C.ACURCIO, F.A. ANDRADE, E.I.G. **Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(1):31-43, jan, 2014.

GRANJA, G.F. ZOBOLI, E.L.C.P. FORTES, P.A.C. FRACOLLI, L.A. **Equidade no sistema de saúde brasileiro: Uma teoria fundamentada em dados.** Revista Baiana de Saúde Pública. v.34, n.1, p.72-8, jan./mar. 2010.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária – 1999.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contas Satélites de Saúde- 2007 - 2009.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://loja.ibge.gov.br/contas-nacionais-conta-satelite-de-saude-2007-2009.html>

LIMA, A.P.G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):985-996, out-dez, 2000.

MENDES JUNIOR, Walter Vieira. **Assistências domiciliar: uma modalidade de Assistência para o Brasil.** 2000. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

MERHY, EM, FEUERWERKER, LM. **Atenção domiciliar: Medicalização e Subjetividade.** Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em 02/12/2012.

MICCINESI, G, CROCETTI, E, MORINO,P, FALLAI,M, PIAZZA,M, CAVALLINI,V, PACI, E. **Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy.** Cancer Causes and Control 14: 971–977, 2003.

PAIM, J.S. TEIXEIRA, C.F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte.** Rev Saúde Pública;40(N Esp):73-8, 2006.

PARANHOS, M.E. **Estudo de fidedignidade e validade do inventário de depressão de beck II em adolescentes**. Programa de pós graduação em Psicologia, Porto Alegre, Janeiro, 2009.

PASSOS, A. D. C.; RUFFINO, A. In: Franco, Laércio Joel. **Fundamentos de Epidemiologia**/ organizadores Laércio Joel Franco, Afonso Diniz Costa Passos. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

PERROCA, MG e EK, A. **Swedish Advanced Homecare: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system**. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; 12(5): 851-8, 2004.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231- 242, 2005. Suplemento.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual do Serviço de Assistência Domiciliar**. Ribeirão Preto, 2007.

RIBEIRO, E.A.W. **Eficiência, Efetividade e Eficácia do Planejamento dos Gastos em Saúde**, Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, (2):27-46, jun 2006.

SANTOS, L.R. LEON, C.G.R.M. P. FUNGHETTO, S.S. **Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):855-863, 2011.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar**. 2006. Disponível em: Acesso em: 28 abr. 2015.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SIEGEL. S, CASTELLAN JR. N.J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento.**(2ª. Ed.) Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.**2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SILVA, K.L, SENA, R.R. LEITE, J.C.A, SEIXAS, C.T, GONÇALVES, A.M. **Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde.** Rev. Saúde Publica, 39(3): 391-7, 2005.

SILVA, K.L. SENA, R.R. SEIXAS, C.T. FEUEWERKER, L.C.M. MERHY, E.E. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial.** Rev Saúde Pública;44(1):166-76, 2010.

SILVA, KL. SENA, R.R. SEIXAS, C T. FEUEWERKER, LCM. SOUZA, C. G. SILVA, P.M. RODRIGUES, A.T. **O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar.** Saude soc. vol.22 no.3 São Paulo July/Sept. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, Unesco, Ministério da Saúde, p- 726, 2012.

STARFIELD, B. **The hidden inequity in health care.** International Journal for Equity in Health, 10:15, 2011.

YAMAGUCHI, A. M. et al. (Ed.). **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar.** Barueri, SP: Manole, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001. 2ª.ed.

ANEXO 1

INDICADORES ADOTADOS PARA COMPOR O IDSUS

INDICADORES DE ACESSO POTENCIAL DA ATENÇÃO BÁSICA

1. Cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde.
2. Cobertura estimada da população residente pelas equipes de saúde bucal da atenção básica.
3. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por local de residência da mãe.

INDICADORES DE ACESSO OBTIDO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE

4. Razão entre exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência.
5. Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência.
6. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência.
7. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência.

INDICADORES DE ACESSO OBTIDO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência.
9. Razão entre internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência.
10. Proporção do total Brasil de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para não residentes.

11. Proporção do total Brasil de internações selecionadas de média complexidade de não residentes.

12. Proporção do total Brasil de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para não residentes.

13. Proporção do total Brasil de internações de alta complexidade de não residentes.

14. Proporção de acesso hospitalar de residentes que foram à óbito por acidente

INDICADORES DE EFETIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

15. Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano.

16. Taxa de incidência de sífilis congênita em residentes menores de um ano.

17. Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera por local de residência.

18. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase por local de residência.

19. Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica.

20. Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada.

21. Proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados.

INDICADORES DE EFETIVIDADE DA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

22. Proporção de parto normal de residentes.

23. Proporção de óbitos nas internações com uso de Unidades de Terapia Intensiva de residentes menores de 15 anos.

24. Proporção de óbitos nas internações de residentes por infarto agudo do miocárdio.

Fonte: Demas/SE/MS.

ANEXO 2

1- Teste População dos municípios não habilitados (1086) com os municípios habilitados (256).

Mann-Whitney Test

Classificações				
VARIABEL		N	Mean Rank	Sum of Ranks
VALORES	1	1086	587,88	638436,00
	2	256	1026,24	262717,00
	Total	1342		

Test Statistics ^a				VALORES
Mann-Whitney U				48195,000
Wilcoxon W				638436,000
Z				-16,280
Sig. Assint. (2 caudas)				,000
Sig. Monte Carlo (2				,000 ^b
extremidades)	Intervalo de confiança 95%	Limite inferior		,000
		Limite superior		,000
Sig. Monte Carlo (1				,000 ^b
extremidade)	Intervalo de confiança 95%	Limite inferior		,000
		Limite superior		,000

a. Variável de agrupamento: VARIAVEL

b. Baseado em 10000 tabelas amostradas com valor inicial 926214481.

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIAVEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Observações

Saída criada	04-APR-2015 20:44:13
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	NPTESTS
	/INDEPENDENT TEST
	(VALORES) GROUP
	(VARIABEL)
Sintaxe	/MISSING
	SCOPE=ANALYSIS
	USERMISSING=EXCLUDE
	/CRITERIA ALPHA=0.05
	CILEVEL=95.
Tempo do processador	00:00:00,19
Recursos	
Tempo decorrido	00:00:00,44

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

2- Teste População dos municípios habilitados (256) com municípios implantados (158)

Mann-Whitney Test

Classificações			
VARIAVEL	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1	256	201,06	51472,00
VALORES 2	158	217,93	34433,00
Total	414		

Test Statistics ^a				VALORES
Mann-Whitney U				18576,000
Wilcoxon W				51472,000
Z				-1,393
Sig. Assint. (2 caudas)				,163
Sig. Monte Carlo (2 extremidades)	Sig.			,163 ^b
	Intervalo de confiança 95%	Limite inferior		,156
		Limite superior		,171
Sig. Monte Carlo (1 extremidade)	Sig.			,086 ^b
	Intervalo de confiança 95%	Limite inferior		,081
		Limite superior		,092

a. Variável de agrupamento: VARIAVEL

b. Baseado em 10000 tabelas amostradas com valor inicial 299883525.

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIAVEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Observações

Saída criada	04-APR-2015 20:37:58
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	NPTESTS
	/INDEPENDENT TEST
	(VALORES) GROUP
	(VARIABEL)
Sintaxe	/MISSING
	SCOPE=ANALYSIS
	USERMISSING=EXCLUDE
	/CRITERIA ALPHA=0.05
	CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,23
Tempo decorrido	00:00:00,68

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,163	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,

3- Teste PIB dos municípios não habilitados (1086) com os municípios habilitados (256)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)
/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	04-APR-2015 20:50:01
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	<none>
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Tempo do processador	00:00:00,13
Recursos	
Tempo decorrido	00:00:00,37

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

4- Teste do PIB dos municípios habilitados (256) com os municípios implantados (158).

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)
/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	04-APR-2015 20:54:04
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	<none>
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,17
Tempo decorrido	00:00:00,36

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,284	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

5- Teste IDHM dos municípios não habilitados (1086) com os municípios habilitados (256)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	04-APR-2015 20:58:02
Comentários	
Entrada	Conjunto de dados ativo
	Filtro
	Peso
	Arquivo dividido
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho
Sintaxe	NPTESTS
	/INDEPENDENT TEST
	(VALORES) GROUP
	(VARIABEL)
	/MISSING
	SCOPE=ANALYSIS
	USERMISSING=EXCLUDE
	/CRITERIA ALPHA=0.05
	CILEVEL=95.
Recursos	Tempo do processador
	Tempo decorrido

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

6- Teste IDHM dos municípios habilitados (256) com os municípios implantados (158)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95

Testes Não Paramétrico

Observações	
Saída criada	04-APR-2015 21:00:23
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,17
Tempo decorrido	00:00:00,27

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,926	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,1

7- Índice de Acesso ao SUS (IAPO- SUS) do IDSUS dos municípios não habilitados (1086) com os municípios habilitados (256)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	04-APR-2015 21:03:18
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	NPTESTS
	/INDEPENDENT TEST
	(VALORES) GROUP
	(VARIABEL)
Sintaxe	/MISSING
	SCOPE=ANALYSIS
	USERMISSING=EXCLUDE
	/CRITERIA ALPHA=0.05
	CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,13
Tempo decorrido	00:00:00,53

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,888	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,1

8- Índice de Acesso ao SUS (IAPO- SUS) do IDSUS dos município habilitados (256) com os municípios implantados (158)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	04-APR-2015 21:06:10
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,14
Tempo decorrido	00:00:00,23

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,285	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,1

9- Índice de Efetividade do SUS (IESUS) do IDSUS dos municípios não habilitados (1086) com os municípios habilitados (256)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)
/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	04-APR-2015 21:08:08
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Tempo do processador	00:00:00,14
Recursos	Tempo decorrido
	00:00:00,25

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,288	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,1

10- Índice de Efetividade do SUS (IESUS) do IDSUS dos municípios habilitados (256) com os municípios implantados (158)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	05-APR-2015 20:46:38
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	NPTESTS
	/INDEPENDENT TEST
	(VALORES) GROUP
	(VARIABEL)
	/MISSING
Sintaxe	SCOPE=ANALYSIS
	USERMISSING=EXCLUDE
	/CRITERIA ALPHA=0.05
	CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,16
Tempo decorrido	00:00:00,29

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,867	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,1

11- Cobertura ESF dos municípios não habilitados (1086) com os municípios habilitados (256)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	05-APR-2015 20:51:05
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	<none>
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Tempo do processador	00:00:00,20
Recursos	Tempo decorrido
	00:00:00,31

[Conjunto_de_dados0]

Resumo de Teste de Hipótese			
	Hipótese nula	Teste	Sig.
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000
			Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

12- Cobertura ESF dos municípios habilitados (256) com os municípios implantados (158)

Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	05-APR-2015 21:06:14
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	<none>
Arquivo dividido	
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	NPTESTS
	/INDEPENDENT TEST
	(VALORES) GROUP
	(VARIABEL)
	/MISSING
Sintaxe	SCOPE=ANALYSIS
	USERMISSING=EXCLUDE
	/CRITERIA ALPHA=0.05
	CILEVEL=95.
Tempo do processador	00:00:00,16
Recursos	
Tempo decorrido	00:00:00,33

[Conjunto_de_dados0]

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,681	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,1

13- Cobertura de Saúde Suplementar dos municípios não habilitados (1086) com os municípios habilitados (256)

*Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)
/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	05-APR-2015 21:08:22
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,17
Tempo decorrido	00:00:00,39

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

14- Cobertura de Saúde Suplementar dos municípios habilitados (256) com os municípios implantados (158).

Nonparametric Tests: Independent Samples.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL)
/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Testes Não Paramétricos

Observações	
Saída criada	05-APR-2015 21:11:16
Comentários	
Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
Filtro	<none>
Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido
N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
Sintaxe	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (VALORES) GROUP (VARIABEL) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Recursos	
Tempo do processador	00:00:00,11
Tempo decorrido	00:00:00,27

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de VALORES é a mesma entre as categorias de VARIABEL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,921	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,1

15- Correlação de População e PIB dos municípios habilitados (256)

NONPAR CORR
/VARIABLES=POPULAÇÃO PIB
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Correlações não paramétricas

Observações		
Saída criada		28-ABR-2015 21:22:30
Comentários		
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
	Filtro	<none>
	Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
Tratamento de valor ausente	Casos utilizados	As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par. NONPAR CORR
Sintaxe		/VARIABLES=POPULAÇÃO PIB /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
	Tempo do processador	00:00:00,00
Recursos	Tempo decorrido	00:00:00,02
	Number of Cases Allowed	157286 cases ^a

a. Baseado na disponibilidade de memória da área de trabalho

Correlações

			POPULAÇÃO	PIB
Rô de Spearman	POPULAÇÃO	Correlações de coeficiente	1,000	,890**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000
		N	256	256
	PIB	Correlações de coeficiente	,890**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	.
		N	256	256

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

16- Correlação de População e IDHM dos municípios habilitados (256)

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=POPULAÇÃO IDHM
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

Correlações não paramétricas

Observações		
Saída criada		28-ABR-2015 21:24:17
Comentários		
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
	Filtro	<none>
	Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
Tratamento de valor ausente	Casos utilizados	As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par. NONPAR CORR
Sintaxe		/VARIABLES=POPULAÇÃO IDHM /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
	Tempo do processador	00:00:00,02
Recursos	Tempo decorrido	00:00:00,01
	Number of Cases Allowed	157286 cases ^a

a. Baseado na disponibilidade de memória da área de trabalho

Correlações

			POPULAÇÃO	IDHM
Rô de Spearman	POPULAÇÃO	Correlações de coeficiente	1,000	,414**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000
		N	256	256
	IDHM	Correlações de coeficiente	,414**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	.
		N	256	256

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

17- Correlação de PIB e IDHM dos municípios habilitados (256)

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=PIB IDHM
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

Correlações não paramétricas

Observações		
Saída criada		28-ABR-2015 21:25:39
Comentários		
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
	Filtro	<none>
	Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
Tratamento de valor ausente		As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par.
	Casos utilizados	NONPAR CORR /VARIABLES=PIB IDHM /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Sintaxe		
	Tempo do processador	00:00:00,00
Recursos	Tempo decorrido	00:00:00,02
	Number of Cases Allowed	157286 cases ^a

a. Baseado na disponibilidade de memória da área de trabalho

Correlações			
		PIB	IDHM
Rô de Spearman		Correlações de coeficiente	1,000
			,638**
	PIB	Sig. (2 extremidades)	.
			,000
		N	256
			256
		Correlações de coeficiente	,638**
			1,000
	IDHM	Sig. (2 extremidades)	,000
			.
		N	256
			256

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

18- Correlação de Cobertura de ESF e Cobertura de Saúde Suplementar dos municípios habilitados (256)

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=COB_ESF COB_SS
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

Correlações não paramétricas

Observações		
Saída criada		28-ABR-2015 21:27:48
Comentários		
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
	Filtro	<none>
	Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
Tratamento de valor ausente	Casos utilizados	As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par.
		NONPAR CORR
		/VARIABLES=COB_ESF
		COB_SS
Sintaxe		/PRINT=SPEARMAN
		TWOTAIL NOSIG
		/MISSING=PAIRWISE.
	Tempo do processador	00:00:00,02
Recursos	Tempo decorrido	00:00:00,03
	Number of Cases Allowed	157286 cases ^a

a. Baseado na disponibilidade de memória da área de trabalho

Correlações				
			COB_ESF	COB_SS
Rô de Spearman	COB_ESF	Correlações de coeficiente	1,000	-,603**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000
		N	256	256
	COB_SS	Correlações de coeficiente	-,603**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	.
		N	256	256

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

19- Correlação de Cobertura de ESF e IAPO- SUS habilitados (256)

NONPAR CORR

/VARIABLES=COB_ESF IASUS

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlações não paramétricas

Observações		
Saída criada		28-ABR-2015 21:29:59
Comentários		
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
	Filtro	<none>
	Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
Tratamento de valor ausente	Casos utilizados	As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par.
		NONPAR CORR
		/VARIABLES=COB_ESF
		IASUS
Sintaxe		/PRINT=SPEARMAN
		TWOTAIL NOSIG
		/MISSING=PAIRWISE.
	Tempo do processador	00:00:00,02
Recursos	Tempo decorrido	00:00:00,02
	Number of Cases Allowed	157286 cases ^a

a. Baseado na disponibilidade de memória da área de trabalho

Correlações

			COB_ESF	IASUS
Rô de Spearman	COB_ESF	Correlações de coeficiente	1,000	,295**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000
		N	256	256
	IASUS	Correlações de coeficiente	,295**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	.
		N	256	256

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

20- Correlação de Cobertura de ESF e IESUS habilitados (256)

NONPAR CORR

/VARIABLES=COB_ESF IESUS

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlações não paramétricas

Observações		
Saída criada		28-JUN-2015 21:30:47
Comentários		
	Conjunto de dados ativo	Conjunto_de_dados0
	Filtro	<none>
	Peso	<none>
Entrada	Arquivo dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	1342
	Definição de ausente	Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes.
Tratamento de valor ausente		As estatísticas para cada par de variáveis são baseadas em todos os casos com dados válidos para aquele par.
	Casos utilizados	NONPAR CORR /VARIABLES=COB_ESF IESUS /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Sintaxe		
	Tempo do processador	00:00:00,02
Recursos	Tempo decorrido	00:00:00,03
	Number of Cases Allowed	157286 cases ^a

a. Baseado na disponibilidade de memória da área de trabalho

Correlações

			COB_ESF	IESUS
Rô de Spearman	COB_ESF	Correlações de coeficiente	1,000	,070
		Sig. (2 extremidades)	.	,268
		N	256	256
	IESUS	Correlações de coeficiente	,070	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,268	.
		N	256	256