



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ASSOCIAÇÃO  
DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES)

Rafaela de Jesus Souza

**Qualifar-SUS:** Assistência Farmacêutica municipal e suas relações com as Condições Sensíveis à  
Atenção Primária

Florianópolis

2023

Rafaela de Jesus Souza

**Qualifar-SUS: Assistência Farmacêutica municipal e suas relações com as Condições Sensíveis à  
Atenção Primária**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Assistência Farmacêutica.

Orientador(a): Prof.(a), Dr.(a) Marina Raijche Mattozo Rover

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

de Jesus Souza, Rafaela Qualifar-SUS : Assistência Farmacêutica municipal e suas relações com as Condições Sensíveis à Atenção Primária / Rafaela de Jesus Souza ; orientador, Marina Raijche Mattozo Rover, 2023.

150 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Atenção primária. 4. QUALIFAR-SUS. 5.

Internações por condições sensíveis à atenção primária. I.

Raijche Mattozo Rover, Marina. II. Universidade Federal de

Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. III. Título.

Rafaela de Jesus Souza

**Qualifar-SUS: Assistência Farmacêutica municipal e suas relações com as Condições Sensíveis à  
Atenção Primária**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em três de Abril de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

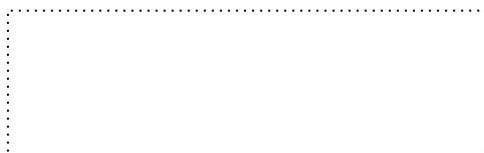
Prof.(a) Isabela Heineck, Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

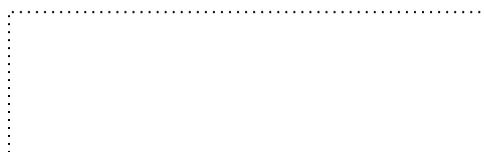
Prof.(a) Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo, Dr.(a)

Instituição Universidade do Vale do Itajaí

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Assistência Farmacêutica.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof.(a) Marina Raijche Mattozo Rover Dr.(a)

Orientador(a)

Florianópolis, 2023.

*Para as colegas pesquisadoras e mães, para lembrarem dos  
trabalhos que não terminam quando acabam.*

*Para minha filha, Maria Tereza.*

*Para meu irmão, Aloísio.*



## AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos que gostaria de registrar nesse documento, de modo inicial é para a minha rede de apoio (Minha família e amigos), pois a tomada de decisão de entrar no mestrado ocorreu no momento em que me tornei mãe. Esse trabalho ocorreu durante os dois primeiros anos da Maria Tereza, e também durante o auge da pandemia COVID-19.

Agradecer imensamente pela paciência que meu companheiro e minha filha tiveram quando não consegui estar totalmente presente. E pelo apoio nos momentos que me senti insegura. Agradecer planejarem junto comigo o caminho até aqui e por confiarem no que podíamos construir.

A minha trajetória aqui só foi possível com o apoio e compreensão por parte do programa PPGASFAR e seus coordenadores.

Em especial aqui gostaria de agradecer a alguns professores que estiveram mais próximos. Agradecer ao Prof., Drº Felipe Carvalho Matheus, no período do estágio de docência pela oportunidade de aprendizado em suas aulas; Agradecer a professora Profª, Drº Silvana Nair Leite, pelo apoio como coordenadora do programa e pelas contribuições e reflexões trazidas ao longo desses dois anos.

Por fim, a essa brilhante profissional em todos os âmbitos em que atua, minha orientadora Profª, Drª Marina Rover, agradecer todos os aspectos desse processo de orientação de mestrado. Apesar de nossa convivência não ser diária, o apoio e incentivo foi sempre foi pontual nos momentos que precisei. Com muito carinho e empatia.

Agradecer a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que me permitiu realizar esse mestrado na forma de dedicação exclusiva.



## RESUMO

O acesso, o uso racional de medicamentos e a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde são temas de discussão internacional. No território brasileiro as ações e serviços do Sistema Único de Saúde na APS e o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (AF) são de responsabilidade principalmente dos municípios. Um dos desfechos relacionados à qualidade da APS são as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), havendo relação inversa entre medidas de acesso à atenção referida como primária e ICSAP. Tendo em mente a importância das Condições Sensíveis à Atenção Básica, este trabalho teve como objetivo principal investigar se características sociodemográficas, dos sistemas de saúde municipais e da AF municipal dos municípios habilitados no eixo estrutura no programa QUALIFAR-SUS estão associadas ao número de ICSAP. Trata-se de um estudo observacional, com abordagem ecológica quantitativa, utilizando as variáveis socioeconômicas como: IDHM, renda per capita média e porte populacional; variáveis do sistema de saúde: cobertura estimada da APS e IDSUS; variáveis da AF municipal: taxa de farmacêutico e taxa de US com farmacêutico/ 10 mil habitantes. variáveis relacionadas ao QUALIFAR-SUS; e taxa de ICSAP/10 mil habitantes. O estudo partiu de dados secundários de abrangência nacional. A unidade de análise são os 3508 municípios que participaram do programa, contemplados no eixo estrutura (2012 até 2021). Os principais resultados, na caracterização da amostra foram: maioria com médio IDHM, pequeno porte e com média e alta vulnerabilidade. Foram encontrados municípios com alta cobertura da APS e com condições de saúde e estrutura baixas ou baixíssimas (IDSUS). A AF desses municípios apresentou densidade de pelo menos 1 farmacêutico para cada 10 mil hab. e taxas de US com farmacêutico entre 2 e 5 para a mesma população. Foram encontrados 36% dos municípios com irregularidade no repasse de informações (regularidade inferior a 50%). As relações observadas foram: as maiores taxas de ICSAP na região Sudeste e Sul e as condições socioeconômicas melhores e menores vulnerabilidades apresentaram maiores taxas de ICSAP. Já baixas condições de saúde municipal apresentaram menores taxas de ICSAP. Maiores densidades de farmacêuticos apresentaram maiores taxas de ICSAP. Na sua relação com o QUALIFAR, municípios habilitados a mais tempo, são aqueles que apresentaram menores taxas de ICSAP, juntamente com aqueles que mantiveram sua regularidade de recebimento entre 75% até 90%. O presente trabalho conseguiu apontar características socioeconômicas, dos sistemas de saúde e da AF municipal que podem estar associadas as ICSAP, bem como, as que se relacionam com a regularidade de recebimento dos valores de custeio (que expressam a contrapartida acerca do repasse de informações). Os dados apresentados podem auxiliar na tomada de decisões futuras por gestores na APS e AF.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Condições sensíveis à atenção Primária; QUALIFAR-SUS.



## ABSTRACT

The Access, rational use of medicines and the quality of services provided in Primary Health Care are topics of international discussion. In the Brazilian territory, the actions and services of the Unified Health System in PHC and the Basic Component of Pharmaceutical Care (PA) are mainly the responsibility of the municipalities. One of the outcomes related to PHC quality is hospital admissions for primary care-sensitive conditions (HACSC), with an inverse relationship between measures of access to primary care and HACSC. Keeping in mind the importance of Conditions Sensitive to Primary Care, this study had as main objective to investigate whether sociodemographic characteristics, municipal health systems and municipal PA of the municipalities qualified in the structure axis in the QUALIFAR-SUS program are associated with the number of HACSCs. This is an observational study, with a quantitative ecological approach, using socioeconomic variables such as: MHDI, average per capita income and population size; health system variables: estimated coverage of PHC and IDSUS; municipal PA variables: rate of pharmacist and rate of US with pharmacist/10 thousand inhabitants. variables related to QUALIFAR-SUS; and HACSC rate/10 thousand inhabitants. The study was based on secondary data from a national scope. The unit of analysis are the 3508 municipalities that participated in the program, contemplated in the structure axis (2012 to 2021). The main results in the characterization of the sample were: most with medium MHDI, small size and with medium and high vulnerability. Municipalities with high PHC coverage and with low or very low health conditions and structure (IDSUS) were found. The PA of these municipalities presented a density of at least 1 pharmacist for every 10 thousand inhabitants. and rates of US with a pharmacist between 2 and 5 for the same population. We found 36% of the municipalities with irregularity in the transfer of information (regularity less than 50%). The relationships observed were: the highest rates of HACSC in the Southeast and South region and the better socioeconomic conditions and lower vulnerabilities presented higher rates of HACSC. On the other hand, low municipal health conditions presented lower rates of HACSC. Higher pharmaceutical densities showed higher rates of HACSC. In its relationship with QUALIFAR, municipalities that were qualified for the longest time, are those that presented lower rates of HACSC, along with those that maintained their regularity of receipt between 75% and 90%. The present study was able to point out socioeconomic characteristics, health systems and municipal PA that may be associated with HACSCs, as well as those related to the regularity of receipt of funding amounts (which express the counterpart about the transfer of information). The data presented can help in future decision making by managers in PHC and PA.

Keywords: Pharmaceutical Services; Primary care-sensitive conditions; QUALIFAR-SUS.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tipificação dos componentes sociais e técnicos da Assistência Farmacêutica municipal .....	27
Figura 2. Proposição inicial da rede política de influência no programa QUALIFAR-SUS .....	43
Figura 3. Variáveis utilizadas no estudo .....	61

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Incentivos financeiros regulamentados .....	29
Quadro 2. Incentivos financeiros regulamentados II .....	30
Quadro 3. Portarias que autorizam e regulam a participação dos municípios nos eixos pretendidos pelo programa .....	31
Quadro 4. Análise de itens que caracterizam o QUALIFAR-SUS como política pública .....	32
Quadro 5. Lista de condições sensíveis à atenção primária.....	48
Quadro 6. Lista de CSAP com medicamentos previstos por documentos oficiais constantes na RENAME. (Continua) .....	54
Quadro 7. Lista de CSAP com medicamentos previstos por documentos oficiais constantes na RENAME. (Continuação).....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos municípios contemplados no programa QUALIFAR-SUS.....	64
Tabela 2. Percentual de municípios nas faixas de ICSAP por regiões e por estados brasileiros.....	66
Tabela 3. Percentual de municípios nas faixas de ICSAP por variáveis socioeconômicas. ....	68
Tabela 4. Percentual de municípios nas faixas de ICSAP por variáveis da Assistência farmacêutica ...	69
Tabela 5. Percentual dos municípios nas variáveis da AF municipal .....	70
Tabela 6. Percentual dos municípios por faixa de regularidade nas regiões e estados brasileiros.....	80
Tabela 7. Percentual dos municípios na variáveis Socioeconômicas por regularidade.....	82
Tabela 8. Percentual de municípios nas variáveis do sistema de saúde por faixa de regularidade de recebimento.....	82
Tabela 9. Percentual de municípios nas variáveis da AF por faixa de regularidade. ....	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB - Atenção básica
- AF - Assistência Farmacêutica
- APS - Atenção Primária à saúde
- CAF - Centrais de Abastecimento Farmacêutico
- CID-10 - Classificação Internacional de Doenças
- CSAP - Condições Sensíveis a Atenção Básica
- CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CIB - Comissões Intergestoras bipartite
- CIT - Comissões Intergestoras tripartite
- CONASS - Conselho nacional de secretários de saúde
- CFF - Conselho federal de farmácia
- CRF - Conselho regional de farmácia
- DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica
- CGAFB - Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- ICSAP - Internações hospitalares por condições sensíveis a atenção primária
- MS - Ministério da Saúde
- PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
- PNM - Política Nacional de Medicamentos
- QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS
- PNPMF - Política Nacional de plantas medicinais e fitoterápicos
- PMAQ-AB - Programa de Melhoria da Qualidade Atenção Básica
- OMS - Organização Mundial da Saúde

OSD - Objetivos sustentáveis de desenvolvimento

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

REMUME - Relação municipal de medicamentos

RENAME – Relação Nacional de medicamentos essenciais

e-Car - Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados

RAG Relatório Anual de Gestão

SST sistema sociotécnico

SUS Sistema Único de Saúde

TCU Tribunal de contas da união

URM - Uso racional de medicamentos

VISA - Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

1.1.	INTRODUÇÃO .....	19
1.2.	OBJETIVOS.....	22
1.2.1.	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>22</b>
1.2.2.	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>22</b>
1.3.	REFERENCIAL TEÓRICO .....	22
1.4.	A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL – POLÍTICA, SISTEMA, MODELO E SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO .....	24
2.1.2.	ANALISANDO O QUALIFAR-SUS SOB A PERSPECTIVA PROPOSTA POR CELINA SOUZA (2006).....	27
2.1.3.	<b>AS EXPERIÊNCIAS PRODUZIDAS NA APS COM O EIXO ESTRUTURA DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS.....</b>	<b>44</b>
2.2.	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE .....	47
2.2.1.	<b>INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>48</b>
2.2.2.	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL: ONDE AS CSAP E O CBAF SE ENCONTRAM NO ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS .....	52
2.	JUSTIFICATIVA .....	58
4.	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>60</b>
4.1.	TIPO E DESENHO DE ESTUDO .....	60
4.2.	COLETA DE DADOS .....	60
4.3.	VARIÁVEIS .....	60
4.4.	ANÁLISE DESCRITIVA.....	63
5.	RESULTADOS.....	63
5.1.	<b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....</b>	<b>63</b>
5.2.	ANÁLISE DESCRITIVA.....	66
5.2.1.	ANÁLISE DESCRITIVA – ICSAP.....	66

<b>5.2.1.1.</b>	<b>VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS – REGIÕES E ESTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>5.2.2.</b>	<b>ANÁLISE DESCRITIVA – REGULARIDADE DE RECEBIMENTO QUALIFAR-SUS</b>	<b>79</b>
<b>5.2.2.1.</b>	<b>VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS – REGIÕES E ESTADOS .....</b>	<b>84</b>
<b>5.2.2.2.</b>	<b>VARIÁVEIS DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE - REGIÕES E ESTADOS ....</b>	<b>88</b>
<b>5.2.2.3.</b>	<b>VARIÁVEIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL - REGIÕES E ESTADOS .....</b>	<b>89</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>90</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS.....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>103</b>

## 1.1. INTRODUÇÃO

O acesso universal a saúde é um dos objetivos da política internacional fomentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo um dos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) a prestação de cuidados primários acessíveis e seguros (Pettigrew et al., 2015). A atenção primária é mais do que uma abordagem de atenção à saúde com redução de custos para o estado. É uma forma de organização do sistema para que intervenções beneficiem a população (Rao & Pilot, 2014).

A atenção primária em saúde (APS) no Brasil por estimava atinge aproximadamente 160 milhões de pessoas, de acordo com o sistema e-Gestor 76,08% da população brasileira foi coberto na APS pelo SUS no ano de 2020, onde 63% está sob a responsabilidade de Equipes Saúde da Família. Cabe destacar que quase a totalidade destes indivíduos somente conseguiriam acessar serviços de saúde se estes forem cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2011; Bastos, 2017).

No território brasileiro as ações e serviços do SUS na APS são de responsabilidade dos municípios, e deve ser formatada de acordo com as características e a diversidade da população de cada local. Além disso, deve respeitar as seguintes diretrizes: territorialização; organização do trabalho; acolhimento do usuário; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos de gestão do cuidado, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial para a clientela adscrita (Lavras, 2011).

Autores que investigaram a APS concluem que para alcançar a sustentabilidade do sistema de saúde, que vise amparar a melhor saúde para a população, impactando positivamente na comunidade, é necessário que esta esteja organizada sobre os atributos anteriormente citados. O resultado é o aumento do acesso aos serviços; melhor qualificação no atendimento; abordagem completa das condições de saúde; melhores prognósticos; menor número de procedimentos especializados que podem expor o usuário a outros riscos para sua saúde (Starfield, Shi e Macinko, 2005)

A Assistência Farmacêutica (AF) e as políticas públicas de medicamentos fazem parte SUS e são fundamentais para garantir equidade, integralidade e universalidade. Assim, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) visam à promoção, proteção e recuperação da saúde; a garantia do acesso e uso racional de medicamentos (URM) em todos os níveis de atenção, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2000; 2004).

A responsabilidade pelo acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos é compartilhada entre os entes federados. Aos municípios cabe o escopo de medicamentos definidos para atenção básica, Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com base em recursos

próprios e repasses dos estados e da união. Entretanto, apesar de muitas normatizações e esforços, persiste ainda no país, atrasos no desenvolvimento da AF, fortemente relacionados à gestão e estruturação (Rover et al., 2017; Gerlak et al 2017; Leite et al 2018; Bermudez et al 2018).

Um dos argumentos para tal, é que a descentralização da gestão da AF para os municípios passou a ocorrer apenas no fim dos anos 90 e foi, por muito tempo, definida como ações de logística desvinculadas do processo de atenção à saúde. O seu grande impacto financeiro e de resultados de saúde diretamente vinculados ao acesso e URM a impulsionou fortemente como área estratégica do SUS (Leite et al 2015; Bermudez et al 2018).

Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) apontaram que, cerca de metade de todos os medicamentos prescritos para doenças crônicas em 2014, foram acessados em unidades básicas de saúde (Oliveira et al 2016). Já em 2019, dados da Pesquisa Nacional de Saúde revelou que apenas 30,5% das pessoas obtiveram seus medicamentos no SUS (IBGE 2020).

Mais recentemente, a experimentação de intervenções para a estruturação da AF em uma pequena amostra de municípios catarinenses revelou a necessidade de compreensão da AF na perspectiva dos sistemas sociotécnicos. Esta perspectiva evidenciou que intervenções na AF municipal exigem ações complexas que vão além de treinamento e intervenção técnica: componentes como cultura organizacional, pessoas envolvidas, processos e controle social são fundamentais para obter resultados sustentáveis na direção do melhor uso dos recursos e dos medicamentos (Bernardo et al 2020).

Já demonstrando o interesse do governo federal em fortalecer essa área estratégica, o MS lançou em 2012 o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS). De acordo com o descrito na portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, visa atuar no aprimoramento, implementação e integração das atividades relacionadas à AF, bem como nas suas ações e serviços de saúde. Objetiva ainda atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada ao paciente, tratando de incluir a AF dentro do sistema público de saúde brasileiro (Brasil, 2012). O Ministério da Saúde por meio do QUALIFAR-SUS repassa recursos financeiros para municípios prioritários sendo eles: contemplados pelo plano Brasil sem Miséria, ou aqueles classificados com menores valores de índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Há uma sequência de atividades requeridas para implantação do programa após a habilitação e então recebimento dos recursos financeiros: (1) Realizar o diagnóstico; (2) Planejar ações e metas de estruturação baseadas no diagnóstico; (3) Executar as ações e as metas. O programa habilitou ao total 3.508 municípios entre 2012 e 2021 e aproximadamente 354 milhões de reais, entre recurso de custeio e investimento, foram repassados aos municípios de 2012 até o 1º ciclo de 2021.

Neste contexto, Rodrigues e colaboradores (2017) identificaram que os municípios apresentaram, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório (44%) ou crítico (21%) de tais atividades. Analisando diversas portarias Kreutz (2021), identificou que desde a implantação do programa, muitos municípios do estado deixaram de receber o recurso pela não transmissão de dados; dificuldade nas ações de diagnóstico; etapa de pior desempenho no processo de implantação do eixo; e por fragilidades e burocracias não compreendidas pelos gestores.

Entretanto sabe-se que apesar dos avanços, o acesso a medicamentos nos municípios é um desafio rotineiro para os gestores de saúde, com impactos negativos na saúde. Considerando esta preocupação, recente publicação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) destaca que, conforme estabelecido na diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desenvolver as ações de AF e atenção básica (AB) exige uma atuação diferenciada dos secretários de saúde, propondo novas iniciativas relacionadas à gestão, à organização dos processos logísticos e ao aperfeiçoamento das práticas relacionadas ao cuidado farmacêutico.

Um dos desfechos negativos relacionados a qualidade da APS municipal são as internações hospitalares por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP). Estes indicadores podem ser utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica, cujas condições clínicas são definidas pela Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

Os estudos acerca das ICSAP vem sendo realizados, analisando quais as tendências desse desfecho e como se relaciona com a APS no Brasil. Como resultado tem-se apresentado a relação inversa entre as medidas de acesso aos cuidados referidos como primários e as ICSAP (Fernandes et al., 2009; Nedel et al., 2010; Macinko et al., 2010; Mafra, 2011; Mendonça et al., 2012; Andrade, 2016; Mendonça et al., 2018; Pinto E Giovanella, 2018;). O uso de índices de ICSAP como indicador direto para avaliar a efetividade e a qualidade da APS é defendido por diversos autores (Pereira, Silva E Lima Neto, 2014; Coeli et al., 2008; Camargo, 2010; Mendonça et al., 2018; Araújo et al., 2017; Rosano et al., 2012; Van Loenen et al., 2014; Tanenbaum et al., 2018; White et al., 2018; Lichtl et al., 2017; Castro, 2018).

No estudo realizado em 2015 por Araújo, autor tenta encontrar associação direta da baixa disponibilidade de medicamentos com o aumento de ICSAP, sabe-se que há outros fatores, como questões estruturais e de processo os quais podem influenciar o acesso.

Atentando para a importância das Condições Sensíveis a Atenção Básica (CSAP), é de interesse buscar respostas sobre quais as relações da AF com esse desfecho no contexto de municípios contemplados pelo programa QUALIFAR-SUS.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo Geral**

Investigar se características sociodemográficas, dos sistemas de saúde municipais e da AF municipal dos municípios habilitados no eixo estrutura no programa QUALIFAR-SUS estão associadas as ICSAP.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Analisar os dez anos do QUALIFAR-SUS enquanto política pública;
- Analisar dados sociodemográficos, características do sistema de saúde e da AF municipal dos municípios habilitados;
- Analisar dados relativos às ICSAP;
- Analisar as possíveis relações entre as características sociodemográficas, do sistema de saúde e da AF com as ICSAP.

## **1.3. REFERENCIAL TEÓRICO**

As temáticas abordadas a seguir estão organizadas em dois tópicos. O primeiro referente a características da AF no Brasil, citando uma breve leitura histórica da sua construção como política, sistema, modelo e seus serviços. Posteriormente, analisou-se o Programa QUALIFAR-SUS sob a perspectiva trazida por Celina Souza (2006), identificando categorias no programa que demonstrem seu potencial como política pública, seguido de experiências que apontam ter influência do QUALIFAR SUS. No segundo tópico, buscou-se fazer uma revisão acerca da APS, AF municipal e finaliza-se destacando um desfecho importante que são as ICSAP.

### **2.1. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL**

A AF no Brasil percorreu uma longa trajetória nos últimos 30 anos, iniciando com o foco quase exclusivo no medicamento e nas atividades técnico-normativas até, mais recentemente, a sua reincorporação no cuidado da saúde da população dentro do SUS. Período este que coincidiu com uma forte reestruturação da saúde pública no Brasil, permitindo que a prática da AF fosse parte da engrenagem do sistema em rede proposto, em todos os níveis de complexidade (Bermudez et al., 2018).

A AF ao longo da história se tornou uma área estratégica e ganhou importância aos olhos das organizações internacionais e governos para ser foco de políticas públicas específicas. No Brasil, após a redemocratização, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), estabeleceu as responsabilidades para a garantia do acesso da população a medicamentos, mas tratou em um plano mais distante da AF. A conceituação de AF foi ampliada na PNAF, a qual apresenta a seguinte definição:

A assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (Brasil, 2004, p. 1.)

Pode-se notar, que há um deslocamento do foco exclusivo do medicamento para o foco na melhoria da qualidade de vida da população.

Nos anos 90 a AF tornar-se uma política pública dentro do SUS, buscando garantir a integralidade do cuidado (Bermudez et al, 2018). Publicações das legislações descrevem a AF como: sistêmica, multidisciplinar, com múltiplas ações que permeiam à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. O foco passa a ser centrado no paciente e suas necessidades, sendo o acesso a medicamento uma ação partilhada entre os envolvidos.

Pontuar um “divisor de águas” na história da AF se torna difícil, em parte por sua recente história como política pública, e por sua prática estar intimamente associada a um objeto – que tem aspectos sociais, de mercado e de cunho científico. E mesmo com essa dificuldade notam-se o movimento de transferência de uma perspectiva mais tecnicista para uma outra que é mais focada no indivíduo e na coletividade (Costa et al., 2017). E de acordo com essas percepções, e entendimento de diversos atores, que serão desenvolvidas as políticas ou executadas dentro do sistema, refletindo suas características e suas prioridades.

Realizando uma leitura do percurso da AF no Brasil pós publicação da Constituição Federal de 1988, (Bermudez et al. 2018; Brasil, 2018) até 2007, a organização da AF é pautada na descentralização, na busca de recursos para acesso a medicamentos, bem como na institucionalização da AF com a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) dentro do Ministério da Saúde (MS). Fatores como as alterações nas modalidades licitatórias e sistemas de aquisição eficientes foram introduzidos, o que impelia os entes subnacionais ao desafio de fortalecer sua capacidade de gestão e de planejamento.

Ainda no período, dois momentos centrais se destacaram: o primeiro, na recomposição do financiamento do SUS e o segundo a criação do programa Farmácia popular (Bermudez et al., 2018). Das citadas a segunda obteve maior destaque no quesito aumento do acesso aos medicamentos. Nos anos seguintes de 2008 até o ano de 2014 há forte avanço na discussão dos valores de investimento e a construção da regulamentação da PEC 29 pela Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Apesar de a época a AF garantir um bloco exclusivo de financiamento, os estudos demonstraram que na série histórica de 2010 e 2016 não há uniformidade no aumento de investimentos ou então priorização do componente básico da AF (CBAF) - que é a porta de entrada ao serviço de saúde (Bermudez, et al., 2018).

Avanços são observados em relação a criação e implementação de políticas e programas como a Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e os programas de Qualificação do SUS como o Programa QUALIFAR-SUS, o programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Melhoria da Qualidade Atenção Básica (PMAQ-AB) todos com grande movimentação nas ações dos governos federais, estaduais e municipais.

Já em um panorama mais atual considerando a mudança do modelo de financiamento das ações e dos serviços de saúde no País (Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017), é imprescindível refletir a atual organização das ações da AF. Assim, a AF como uma política articulada às diretrizes gerais da saúde, precisa superar os desafios e avançar progressivamente no acesso a medicamentos e no cuidado ao paciente, para o alcance de resultados satisfatórios em saúde em todos os níveis de atenção (Brasil, 2018).

#### **1.4. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL – POLÍTICA, SISTEMA, MODELO E SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO**

A PNAF conjuntamente com a PNAB e outras regulamentações dão formato a AF municipal, a qual deve ser estruturada de acordo com suas características e necessidades da sua população. Mesmo reconhecendo diversos esforços, pesquisas estruturadas como a PNAUM demonstram que existem diversas fragilidades organização da AF na APS, com destaque para a ausência da integração das políticas e das ações que promovam a organização dos serviços farmacêuticos na lógica de uma abordagem integral da saúde (Akerman e Freitas; Araújo et al.; Costa et al.; Costa et al.; Gerlack et al.; Leite et al.; Karnikowski et al.; Souza et al.; 2017).

No trabalho realizado por Vieira (2022), identificando distintos modelos de organização da AF e fatores que influenciam essa organização, a autora explorou 25 países, entre eles o Brasil. A OPAS aparece como cooperadora de ações que influenciam o desenho de políticas públicas no Brasil, ainda no início dos anos 2000, e se constata que o país se enquadra como o modelo 3, descrito pela autora como:

*“a gestão do componente logístico da AF e a dispensação de medicamentos são realizadas pela administração pública, sem copagamento pelos usuários”* (Vieira, 2022, pág., 58). Destaca, a autora, que este modelo é característico de países de baixa e média renda, os quais demandam por cooperações com organizações internacionais pela necessidade de assegurar o acesso de suas populações a medicamentos.

A nível municipal as atividades da AF estão ligadas aos componentes do ciclo da AF e têm como foco a organização e estruturação de ações e serviços farmacêuticos no âmbito da atenção primária. De acordo Pereira, Luiza e Cruz (2015), existem atividades de micro e macrogestão que os municípios realizam para garantir que estão cumprindo com as suas responsabilidades ditadas pelos condicionamentos legais.

**A macrogestão da AF está vinculada a atividades essenciais do gestor municipal,** para garantir um sistema complexo na execução da cadeia de suprimentos dos medicamentos. Esse sistema alimentará e garantirá o acesso a medicamentos à população por meio dos serviços farmacêuticos das unidades de saúde ou farmácias em edificações exclusivas. Esses serviços farmacêuticos, o qual se entende por **micro gestão, faz a interface direta com usuário, completando o ciclo da AF municipal.** (Pereira, 2019, p. 29)

Os serviços farmacêuticos, intermediam o acesso qualificado aos medicamentos disponibilizados na rede pública a população adscrita. Integrado em Rede com outros serviços na APS ditos administrativos ou assistenciais:

As atividades administrativas têm como objetivo garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação. Por sua vez, os serviços assistenciais devem garantir a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, a obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde, na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde (Pereira, 2019 p. 29).

A valorização dos serviços farmacêuticos é algo recente, e tem emergido cada vez mais na agenda da APS pela criação de programas e políticas setoriais citados anteriormente. Embora esses tenham sido importantes para o aumento da disponibilidade de medicamentos, ainda há a necessidade de melhoria das intervenções para se alcançar o acesso e URM (Pereira, 2019).

Boa parte deste cenário se deve ao fato da AF municipal no Brasil ainda priorizar a gestão do medicamento.

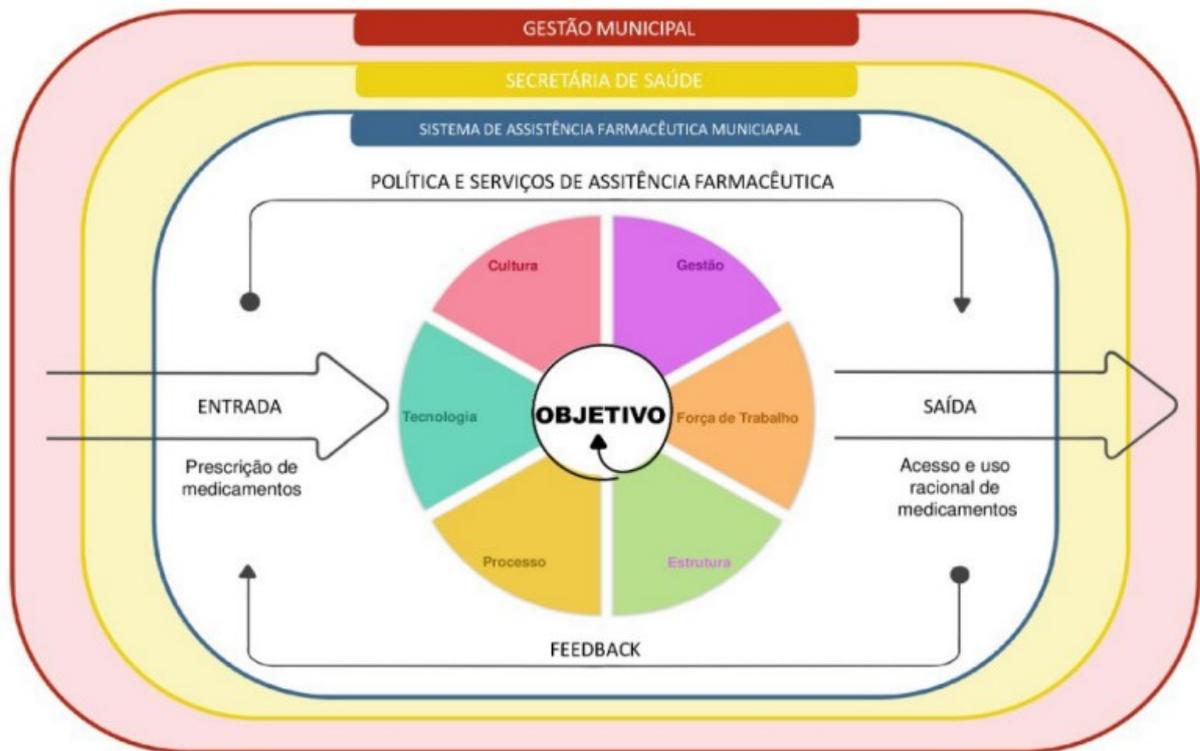
A visão ampliada da AF municipal como um sistema sociotécnico (SST) foi recentemente empregada por Bernardo, Soares e Leite, (2021). Esta visa compreender de forma ampliada os condicionantes implicados no desenvolvimento da AF, indicando que a mesma se trata de um sistema aberto com múltiplos componentes técnicos e sociais que interagem e são interdependentes. Os autores

tipificaram os componentes do SST da AF municipal (Sistema interno e sistema interno), utilizando um modelo que explora a complexidade das interações, o impacto na qualidade dos cuidados, não ignorando o papel adaptativo essencial das pessoas, pois busca entendê-los nos contextos que estão inseridos:

- **Objetivos:** Descrição do objetivo da AF municipal para os diferentes atores envolvidos.
- **Gestão da AF:** Descreve a estrutura organizacional e apresenta processo de avaliação e monitoramento da AF municipal.
- **Força de trabalho:** Descrição do conjunto de pessoas com capacidade e habilidade para realizar as atividades da AF. Os grupos de trabalho onde as tarefas são executadas, descrição das pessoas envolvidas no trabalho e sua formação.
- **Estrutura:** Descrição das estruturas e infraestrutura por grupo de trabalho do sistema da AF.
- **Processos:** Descreve as principais atividades por grupo de trabalho da AF da atenção primária. Porque a unidade de trabalho existe, o que a equipe faz, como se comunica com o sistema e com o meio ambiente em seus aspectos técnicos e relacionais;
- **Tecnologia:** Descrição do tratamento medicamentoso e dos instrumentos utilizados para seu acesso, uso e monitoramento. Tratamento medicamentoso: critérios e locais de padronização, acesso e acompanhamento dos resultados do tratamento medicamentoso. Instrumentos: Relação municipal de medicamentos (REMUME), Prontuário eletrônico, protocolo, sistema informatizado.
- **Cultura:** Descreve a cultura organizacional da AF sobre três aspectos: Símbolos: são nomes, logomarcas e características físicas usadas para conduzir a imagem da organização. Rituais: são as ações costumeiras e repetidas dentro de uma organização. Ideologia: são as crenças, princípios morais e valores que proveem a base para a tomada de decisão organizacional.

Os componentes são demonstrados na imagem 1. O sistema é iniciado a partir da entrada de uma prescrição de medicamento e é finalizado ou novamente requisitado conforme é a condição do acesso e o uso do medicamento.

Figura 1. Tipificação dos componentes sociais e técnicos da Assistência Farmacêutica municipal



Fonte: Bernardo, Soares e Leite (2021)

Após definir os componentes os autores trazem, a partir de uma revisão da literatura de publicações acerca da avaliação da AF, que a PNAF favoreceu o desenvolvimento dos componentes técnicos do sistema, e que as operações técnicas que apresentam fragilidades estão relacionadas com fatores sociais como: a organização do sistema, as práticas e a cultura. Esse cenário mostra que esses fatores podem ser obstáculos para o avanço da PNAF, acarretando fragilidade da institucionalização da AF municipal, e outros problemas relacionados ao clássico ciclo da AF (falta de medicamentos e medicamentos vencidos) (Bernardo, Soares e Leite, 2021).

Avaliar os componentes desse sistema nos mais diferentes contextos é de extrema importância no intuito de guiar a reorganização da AF municipal no contexto atual.

#### 2.1.2. Analisando o QUALIFAR-SUS sob a perspectiva proposta por Celina Souza (2006)

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), de acordo com o descrito na portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, visa atuar no aprimoramento, implementação e integração das atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica (AF), bem como nas suas ações e serviços de saúde. Objetiva com essa

atuação a atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada ao paciente, tratando de incluir a AF dentro do sistema público de saúde brasileiro (Brasil, 2012).

Para alcançar esses objetivos ainda no texto da portaria 1.214 de 2012, cinco diretrizes são descritas:

I - **promover condições favoráveis para a estruturação** dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado; II - contribuir para garantia e ampliação do **acesso da população a medicamentos** eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à **integralidade do cuidado**, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados; III - estimular a **elaboração de normas, procedimentos, recomendações** e outros documentos que possam **orientar e sistematizar** as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na **integralidade**, na promoção, proteção e recuperação da saúde; IV - promover a **educação permanente** e fortalecer a **capacitação** para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS; e V - favorecer o **processo contínuo e progressivo de obtenção de dados**, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de **indicadores da Assistência Farmacêutica**. (Grifos nosso - MINISTÉRIO DA SAÚDE, pág. 1-2, 2012.)

No texto, é possível perceber, com ênfase nos conceitos grifados que há na elaboração do QUALIFAR-SUS uma preocupação em alinhá-lo com a legislação que rege o SUS (como a Lei nº 8.080/1990), bem como seu modelo de atenção à saúde, com o enfoque na atenção primária e no formato organizativo de Redes.

Com base nas diretrizes o programa foi organizado na forma de eixos sendo eles: Estrutura (área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos), Educação (aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde), Informação (Utilizado para produzir materiais e auxiliar nas ações inseridas no ciclo de gestão da AF) e Cuidado (Buscando fomentar à inserção do farmacêutico como profissional atuante na área clínica).

O programa QUALIFAR sofreu alterações ao longo dos últimos 10 anos, sendo alvo de ampliações de público-alvo e de regras para o recebimento do incentivo financeiro.

Considerando os eixos do Programa, dar-se-á maior destaque ao eixo estrutura, já que se trata do eixo principal. Este eixo teve sua regulamentação descrita na Portaria n.º 1.215, de 14 de junho de 2012, que delimitou no que poderiam ser investidos, os valores repassados, e quanto cada ente federado que aderisse ao programa receberia. Assim o financiamento foi classificado em duas modalidades: Investimento e Custeio. O Investimento é o montante que dá início à aplicação do recurso para a aquisição de mobiliários e equipamentos necessários para estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e das Farmácias no âmbito da Atenção Básica (CBAF). O Custeio é o valor

transferido continuamente a cada três meses para manutenção das ações relacionadas ao programa, como manutenção dos serviços farmacêuticos, dando ênfase as necessidades relacionadas a adesão à sistemas informatizados para captação de dados da AF, com uso preferencial do sistema nacional público Hórus e na contratação de farmacêuticos. A primeira modalidade de financiamento tem um valor correspondente à população residente em cada município, sendo desde modo categorizado em três grupos de investimento (aqui adotaremos a expressão Requisitos sociodemográficos) e a segunda igualmente ofertada a todos os municípios, como expostos no quadro 1:

Quadro 1. Incentivos financeiros regulamentados

Requisitos Sociodemográficos de cada grupo	Valor de investimento (parcela única)	Valor de custeio (Quatro parcelas – trimestrais)
Até 25 mil hab.	R\$11.200,00	R\$24 mil
De 25.001 até 50 mil hab.	R\$22.400,00	R\$24 mil
De 50.001 até 100 mil hab.	R\$33.600,00	R\$24 mil

**Fonte: portaria nº 1.215, de 13 de junho 2012**

Ainda de acordo com a portaria reguladora do eixo estrutura, é explicitado que no primeiro ano de adesão ao programa os municípios receberiam os valores todos integralmente em parcela única.

Os municípios como público alvo de adesão ao programa além de estarem categorizados, inicialmente teriam que apresentar uma série de características (aqui destacamos as características institucionais da atenção básica), como por exemplo, já serem contemplados em outros programas como o “Programa de nacional de acesso e melhoria da atenção básica (PMAQ), demonstrando sua correlação com uma linha de governo que buscava homogeneizar e adequar a atenção básica em todo o território nacional, não deixando de fora a assistência farmacêutica.

Além disso, é um programa de transferência de recurso com condicionalidade, pois como regras para a continuidade do recebimento dos valores de custeio existe uma condição (aqui denominar-se-á de condicionalidade para permanência), sendo cessado o repasse em caso de inadequação do município sem direito a repasse retroativo. A partir da portaria nº 3.842, de 26 de dezembro de 2019 os valores das três primeiras parcelas de custeio do ano podem ser liberados aos municípios que solucionarem suas inadimplências com o programa.

De acordo com o que foi descrito até o momento pode-se dividir didaticamente três momentos do programa QUALIFAR, onde:

- Primeiro momento: Suas características de acordo com as portarias publicadas até o ano de 2016 em que por etapas buscou-se atingir os 2.257 municípios com até 100 mil

habitantes que estavam constantes no Plano Nacional Brasil sem Miséria. Indicava ser um programa incremental de políticas e programas anteriores e de transferência por condicionalidade;

- Segundo momento: Suas características de acordo com as portarias de 2017 até final de 2019, anterior a portaria de nº 3.842, de 26 de dezembro, com interesse de expandir o programa dando para o mesmo o formato de política pública como descrito por Celina Souza (2006):

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes; A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras. A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação (Souza, 2006, p. 35-37).

- Terceiro momento: Já consolidada como política pública passa por alterações de regras relativas ao recebimento retroativo e passa a mobilizar ações para: avaliar, monitorar, vincular demais eixos e realizar auditorias. Além do anseio de permitir a todos os municípios do país a habilitação no programa, sofre adequação no modelo de remuneração, passa a ser moldado para se adequar ao modelo por desempenho nas ações da assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

Ao observar os três momentos percebe-se a iniciativa de ultrapassar a questão do subfinanciamento do SUS, uma tentativa de aumento de aplicação financeira no setor para além do medicamento – já que os montantes não podem ser utilizados para tal fim. Porém, o QUALIFAR em suas portarias só ajustou os valores (investimento) em 2017, como demonstrado no quadro a seguir, com a entrada de novos municípios, mas não ajustou o valor relativo à manutenção das atividades da AF (custeio). Este pode ser afetado conforme mudanças no cenário econômico e impacta diretamente na aquisição de materiais e contratação de profissionais como: inflação, ajuste real do salário-mínimo, atualização do piso salarial farmacêutico nas diferentes regiões do país ou PIB.

Quadro 2. Incentivos financeiros regulamentados II

Requisitos Sociodemográficos de cada grupo	Valor de investimento (parcela única)	Valor de custeio (Quatro parcelas – trimestrais)
Porte 1 - municípios com até 5.000 habitantes	R\$25.239,31	R\$24 mil

Porte 2 - municípios com 5.001 a 10.000 habitantes.	R\$29.092,64	R\$24 mil
Porte 3 - municípios com 10.001 a 20.000 habitantes	R\$ 35.083,13	R\$24 mil
Porte 4 - municípios com 20.001 (vinte mil e um) a 50.000 (cinquenta mil) habitantes	R\$ 45.654,23	24 mil
Porte 5 - municípios com 50.001 a 100.000 habitantes	R\$ 60.816,00	24 mil
Porte 6 - municípios com 100.001 a 500.000 habitantes	R\$ 65.387,14	24 mil

Fonte: portaria nº 3.364, de 8 de dezembro de 2017

No quadro 3 pode-se verificar que ao longo dos anos o principal foco de incentivo do QUALIFAR foi a estrutura, apoiado em dados gerados por auditorias e estudos exploratórios em algumas regiões do país. Pode-se verificar também a presença de parcerias com outras secretarias e pastas do ministério da saúde referente aos eixos de informação.

Quadro 3. Portarias que autorizam e regulam a participação dos municípios nos eixos pretendidos pelo programa

ANO	PORTARIA	OBJETO	EIXO QUALIFAR
2012	1.214, DE 13 DE JUNHO	Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS).	Eixo estrutura Eixo Informação Eixo Educação Eixo Cuidado
2012	1.215, DE 13 DE JUNHO	Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Eixo estrutura
2012	22, DE 15 AGOSTO	Habilita os Municípios a receber recursos destinados ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), Eixo Estrutura	Eixo estrutura
2013	271, DE 27 DE FEVEREIRO	Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Eixo Informação
2017	2.230, DE 5 DE SETEMBRO	Desabilita Municípios do eixo estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS, habilitados nos anos de 2012, 2013 e 2014	Eixo estrutura
2017	3.364, DE 8 DE DEZEMBRO	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS, para o ano de 2017.	Eixo estrutura

2017	3.457, DE 15 DE DEZEMBRO	Habilita os Municípios a receberem recursos destinados ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS).	Eixo estrutura
2018	229, DE 31 DE JANEIRO	Habilita 514 Municípios a receberem recursos destinados ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS).	Eixo estrutura
2018	3.749, DE 23 DE NOVEMBRO	Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFARSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2018.	Eixo estrutura
2019	3.038, DE 21 DE NOVEMBRO	Dispõe sobre a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, para o ano de 2019.	Eixo estrutura
	3.586, DE 19 DE DEZEMBRO	Habilita 652 Municípios a receber recursos destinados ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS).	Eixo estrutura
	3.842, DE 26 DE DEZEMBRO	Aprova o repasse dos recursos financeiros de custeio, em caráter retroativo, referentes ao primeiro, segundo e terceiro ciclo de monitoramento de 2019, aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS).	Eixo estrutura

Fonte: Elaborado pela autora

A seguir buscou-se contemplar os itens descritos na análise realizada por Celina Souza, em seus textos publicados no ano de 2006, que como resultado gerou uma proposta do que seria um modelo descritivo/operacional para a formulação de políticas públicas. O texto a seguir fazer parte do ensaio submetido a revista Saúde em Debate (ANEXO A).

O modelo de análise de Celina Souza (2006) para a formulação de políticas públicas foi o roteiro aplicado como modelo descritivo/operacional (Dye, 2017). Foram caracterizados os itens por meio dos documentos do Programa buscando pontuar o que influenciou e ainda influência a sua elaboração e expansão (Quadro 4).

Quadro 4. Análise de itens que caracterizam o QUALIFAR-SUS como política pública

Itens descritos por Souza, 2006	Itens identificados no programa QUALIFAR-SUS
Objeto	Estruturar a assistência farmacêutica, na atenção básica no âmbito do SUS, como um todo dentro de 4 eixos de ação.
Temporalidade	Iniciada em 2012 e segue até o momento de estudo do presente trabalho.
Escala	Âmbito nacional, partindo do governo federal para os municípios. O Programa considera as inequidades e realidades dos municípios de acordo com seus portes populacionais e IDHM.
Alternativas	Não descritas
Custos	Responsabilidade do Governo Federal. É contemplado em reuniões da comissão intergestora tripartite desde sua primeira portaria.

Inclusão	Observa o impacto positivo que o programa pode gerar na comunidade e para os profissionais envolvidos
Incentivos	Existe um sistema de incentivo que une a melhora da estrutura para receber informações sobre o mesmo.
Controle	Existe sistema de controle para adesão e permanência no programa pelo envio regular de dados.
Regras	Baseado nos controles existem regras para serem seguidas para a prestação de contas e repasse de informação.
Inovação/criatividade	O quesito criatividade é contemplado por buscar a resolução para melhoria do acesso a medicamentos sem o foco em aquisição no produto de dispensação.
Políticas prévias	Já acerca do histórico na AF temos a publicação da PNAF, A PNM, a publicação da RENAME e até mesmo a PNPMF.
Aprendizado	Pode-se considerar os programas Brasil Sem Miséria, Requalifica-UBS, PMAQ-AB como o modelo de incentivo que é aplicado no QUALIFAR.
Evidência	A sua formulação da política considera dados anteriores acerca do acesso aos medicamentos e acerca da estrutura das farmácias básicas dos municípios brasileiros. Gerados por relatórios do sistema BI-HORUS e de auditoria do TCU.
Fatores internos	O discurso de posse da presidente Dilma Vana Rousseff; Presença da assistência farmacêutica como área estratégica nos documentos de programação e planejamento em saúde do governo federal no período de 2011-2015; Presença do programa como resultado estratégico do Ministério da Saúde.
Fatores externos	Crise mundial de 2008; Plano fiscal de 2009 do TCU priorizando temas relacionados à saúde; Relatório da auditoria operacional. fiscalização de orientação centralizada. promoção da AF e insumos estratégicos na ABS, do TCU publicado em 2011 Acordão nº 1459/2011 do TCU publicado no Diário Oficial da União na edição nº 106, de 03 de junho de 2011.
Vetos E Apoios	<b>Apoios:</b> Gestores Municipais, Estaduais e suas organizações (CONASEMS e CONASS); Entidades fiscalizadoras da execução de gastos públicos: TCU; População usuária do sistema de saúde de modo organizado ou não; Conselhos profissionais e entidades representativas em nível federal e regional (FENAFAR; CFF e CRF). <b>Apoios parciais:</b> Setor privado de desenvolvimento de sistemas informatizados para AF.
Arenas decisórias	<b>Conferências nacionais de saúde</b> Ex.: relatório final da 14ª conferência nacional de saúde, 2011 - diretriz 7: em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços - ampliar <i>os recursos para assistência farmacêutica</i> <b>Reuniões da Comissões Intergestoras bipartite e tripartite</b> 3ª reunião ordinária da CIT de 2012 26 de abril de 2012 <b>Reuniões - Departamento de Assistência Farmacêutica/Ministério da Saúde/OPAS</b> I e II oficina nacional de assistência farmacêutica; Apresentação de projetos; <b>Reuniões de secretarias municipais de saúde</b> Grupos de trabalho - CONASEMS e CONASS.
Policy Community	Conselhos profissionais e entidades de classe;  Farmacêuticos atuantes na APS; VISA; Sindicatos da classe farmacêutica e de Servidores públicos; Instituições de ensino superior.
Consciência coletiva	Ocorre de forma disseminada por inúmeros e diversos contatos pessoais entre os integrantes do governo e os interesses privados, intermediada pela Comunidade.

Redes sociais	Não há evidência uma consciência coletiva acerca do programa nos anos iniciais até o momento, tampouco na totalidade dos gestores públicos.
---------------	---

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** Conselho nacional de secretárias municipais de saúde (CONASEMS), Conselho nacional de secretários de saúde (CONASS), Comissão intergestora tripartite (CIT), Comissão intergestora bipartite (CIB), Conselho Federal de Farmácia (CFF)

O programa traz, como objeto principal, a estruturação da AF municipal. Paralelamente, como objeto secundário do programa, o aumento ao acesso à informação acerca do uso de medicamentos e das características dos serviços municipais, preferencialmente, obtidos do sistema Hórus, ou de outros *softwares* de controle de gestão como o e-Car e Digi-SUS (Brasil, 2012b; Brasil, 2012c).

Os dois objetos do programa seriam de interesse para todo o sistema de saúde se a abrangência fosse da totalidade dos municípios brasileiros. Porém, há influência de outros dois itens sobre o desenho da amplitude do programa: os custos, debatidos previamente em reuniões tripartites (ata da terceira Reunião Ordinária da CIT de 2012 - impacto orçamentário de aumentar o repasse do governo federal, podendo constrianger teto de gastos e os demais instrumentos de gestão), e a categoria inclusão, já que em suas primeiras portarias existia a priorização de municípios vulneráveis e que já se encontram regulares em outros projetos de reestruturação da AB (Brasil, 2012a; Brasil, 2012b, Brasil, 2012c).

Os itens de controle, regras e incentivo estão intimamente correlacionados, pois há mecanismos para que os municípios com maior vulnerabilidade e menor poder econômico fossem os primeiros a serem contemplados no programa. Visaram reduzir escolhas baseadas em interesses individuais ou de relações de influências de atores políticos específicos ou partidários, conforme as regras para adesão e permanência no programa (Brasil, 2012b, Brasil, 2012c).

As regras iniciam-se com a adesão a sistemas informatizados de dispensação e controle de estoque, e posteriormente relatórios devem ser enviados em outros sistemas de controle de gastos como o e-Car, Digi-SUS e a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da AF do SUS (BNAFAR) (Brasil, 2012b, Brasil, 2012c). O repasse de informação é a regra central, complementada por regras de finalidade de gasto dos valores recebidos. Esperava-se com isso melhorar a qualidade dos serviços prestados à população e das condições de trabalho dos profissionais (Costa e Colaboradores, 2017; Brasil, 2012a).

Celina Souza (2006) reflete acerca da inovação e criatividade na formulação de políticas públicas, que para alguns autores - como Charles Lindblom se trata somente da incrementação de ações anteriores, não necessariamente provocando grandes mudanças estruturais.

Com relação ao investimento na AF, em mais de um eixo, o programa demonstra ser inovador, permitindo investimentos em áreas, até então, pouco priorizadas. Como a geração de informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da AF e as relacionadas ao cuidado, visando ampliar a resolutividade das ações em saúde, os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia. A aplicação de recursos de repasse federal para investimentos em serviços relacionados à AF, e não em medicamentos, é por si só uma inovação e atende, ainda que de forma limitada, as críticas sobre o modelo de financiamento da AF, sempre limitado à aquisição de medicamentos.

Porém, o modelo proposto não pode ser considerado criativo, pois segue os mesmos modelos vistos em programas como REQUALIFICA-UBS - que tratava de melhorar as estruturas dos serviços, e o programa PMAQ-AB que trata da melhoria da qualidade da AB. Ou seja, ambos com incentivo por desempenho e contemplando, primeiramente, os municípios que se caracterizavam como mais vulneráveis e que compunham o Programa Brasil Sem Miséria (Brasil, 2012a, Brasil, 2012b).

Se, por um lado, há a necessidade de priorizar de acordo o princípio da equidade, por outro o incentivo por contrapartida (neste caso, a sistematização e envio de dados da AF municipal com regularidade estabelecida) pode não extinguir as vulnerabilidades. Pois municípios com maiores dificuldades em termos de sistemas de informação, força de trabalho qualificada e infraestrutura para sistematização de dados podem continuar alijados do recebimento dos recursos. O modelo também permite a focalização de ações e serviços, possivelmente, apenas para manter o recebimento dos recursos e não, necessariamente, para superar barreiras de acesso, motivando comportamentos distorcidos pelos profissionais e gestores, como já foi identificado em outros programas (Resende e Colaboradores, 2021).

Os fatores internos e externos relacionados podem não ser facilmente identificados na escrita das portarias e normativas. São fatores importantes para o desenho de políticas públicas, e estão relacionados a capacidade do governo, a Governabilidade e Governança (Bento, 2003).

Para identificá-los é preciso verificar documentos que fazem parte das tomadas de decisão, como, as atas de reuniões tripartite, minutas de portarias, relatórios de organizações com impacto na administração pública, os instrumentos de gestão, como Plano Nacional de Saúde e programações em saúde (no caso do QUALIFAR, por se tratar de uma formulação de nível federal).

Os fatores internos vão indicar as capacidades institucionais, operacionais e financeiras do governo, além da inserção da política no planejamento estratégico do governo (Souza, 2006). Para analisar esse aspecto na criação do QUALIFAR-SUS foi necessário recorrer a informações contidas nos planos de governo, programações anuais e discursos dos chefes de estado.

Analisado o programa na gestão do primeiro mandato de Dilma Vana Rousseff, observa-se que este apresentou características do seu modo de governo - neodesenvolvimentista e com restrições às políticas de transferência de renda, vinculando-as as condicionalidades. As restrições tomadas pelo governo à época buscavam demonstrar a necessidade da contenção dos gastos como uma agenda positiva, contra os efeitos que ainda apareciam após a crise de 2008 (Reis e Paim, 2021). De acordo com o discurso de posse no dia 01 de janeiro de 2011:

É, portanto, tarefa indispensável uma ação renovadora efetiva e integrada do Governo Federal e dos governos estaduais e municipais, em particular nas áreas da saúde, da educação e da segurança [...] Faremos um trabalho permanente e continuado para melhorar a qualidade do gasto público. [...], junto com a erradicação da miséria, será prioridade do meu Governo a luta pela qualidade da educação, da saúde e da segurança. [...] consolidar o Sistema Único de Saúde será outra grande prioridade [...] O SUS deve ter como meta a solução real do problema que atinge a pessoa que o procura[...] tornando os medicamentos acessíveis a todos, além de fortalecer as políticas de prevenção e promoção da saúde. Vou usar, sim, a força do Governo Federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário. (Senado em foco, 2011).

Percebe-se que há a intenção de governar estrategicamente a área de saúde, mais do que isso, focalizar na qualificação do serviço como estratégia para alcançar diversos princípios doutrinários do SUS. Apesar de não explicitar, visa alcançar a integralidade e melhorar a AF, quando cita a preocupação acerca do acesso aos medicamentos por toda população.

No contexto de criação também é importante destacar, como fato interno positivo, que os gestores nacionais do QUALIFAR-SUS, em sua maioria, eram farmacêuticos de formação, com diplomação no âmbito da saúde pública e com experiência nos cargos ocupados no MS (Reis e Paim, 2021).

Analisando os instrumentos de gestão do período de 2011-2015 pode-se identificar nos documentos, como Plano Plurianual de Saúde, a diretriz número 8 que trata da garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS, não contendo metas a serem alcançadas. A prioridade naquele momento era a consolidação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a qual ocupava a maioria das ações e metas do governo (Brasil, 2013).

Nas ações programáticas analisadas de cada ano, constantes no Plano Plurianual vigente no período de criação do programa, mais especificamente em 2013, pode-se observar que há preocupação em fortalecer AF com objetivo 0726 de garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS e sua Estruturação da rede de assistência farmacêutica como parte integrante das redes de atenção à saúde, com o fortalecimento do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2014).

Outros fatores internos importantes foram:

- A composição das casas legislativas federais no primeiro ano de mandato, importante para mobilizar apoio para os mais diversos projetos, já que o governo contava com 338 de 513 deputados e 25 senadores (Senado em foco, 2011).
- As necessidades de regulamentação que alimentavam debates dentro do governo acerca do financiamento do SUS, mais especificamente a regulamentação da ementa constitucional nº 29, sobre o mínimo a ser aplicado pelos entes federados – inclusive a parte que caberia ao governo federal. Dentro do governo havia ponderações sobre quais eram os obstáculos para o funcionamento pleno do SUS: seu subfinanciamento ou as inconsistências de gestão (Brasil, 2023).

Os obstáculos citados anteriormente eram de ciência do governo federal. Na primeira edição da revista CONSENSUS (CONASS, 2011), diversos atores sociais explanaram acerca dos desafios da implementação do SUS. Destaca-se a fala do ministro da saúde, há época, Alexandre Padilha:

[...] é preciso, sim, lutar por um financiamento adequado, mas é preciso também aperfeiçoar a gestão do SUS e executar as ações do Sistema com os recursos previstos no orçamento. “Para melhor gerenciar esses recursos e elevar a eficácia da gestão do SUS, vamos aumentar o controle social e firmar pactos que visam aprimorar este modelo. A adoção dessas medidas, no entanto, será feita de forma conjunta, com a participação da sociedade, dos trabalhadores de saúde, dos usuários e, sobretudo, dos gestores, federais, estaduais e municipais. Isso não significa que não devam continuar a lutar por mais recursos para o Sistema (CONASS, 2011).

Em sua fala o ministro aponta a sinergia necessária para melhorar a gestão do SUS, elencando as pactuações com gestores em todos os níveis federativos. Assim, os fatores internos conjecturavam para que houvesse a formulação de um programa que focasse ainda em reduzir inequidades, que contemplasse as ações programáticas do governo, que estavam alinhadas a medidas de austeridade financeira, e se adequasse ao orçamento do governo federal, ponderando a questão do subfinanciamento condicionando boas práticas de gestão da AF (Machado, Lima e Baptista, 2017).

Os fatores externos envolvem questões éticas, jurídicas e as restrições impostas pelas coalizões políticas que apoiavam o governo (Souza, 2006). Como exemplo, o clima econômico, citado anteriormente, devido à crise de 2008, foi de grande impacto para a manutenção dos desenhos neodesenvolvimentistas no terceiro governo do partido dos trabalhadores, com a presente pressão do mercado financeiro para uma contenção de gastos públicos (Machado, Lima e Baptista, 2017; Reis e Paim, 2018).

Uma das ações do plano fiscal de 2009 do TCU tratou de avaliar o *status* das farmácias básicas públicas brasileiras. O objetivo era gerar dados para avaliação da implementação de políticas públicas relacionadas a AF e a AB, principalmente no que diz respeito ao comprometimento dos pactos federativos tratados em 2006 (Brasil, 2011b). A auditoria publicada em 2011, deixa explícito em seu

relatório as diversas fragilidades que existiam nos municípios e estados de todo país nestas áreas. Tais fragilidades poderiam resultar no desabastecimento de medicamentos e em desperdício de recursos públicos por vencimento de medicamentos (falhas na programação e aquisição) e condições de armazenamento inadequadas (Brasil, 2016).

Entre outros achados desta auditoria incluem-se: ausência da AF nos planos de saúde; aquisição de medicamentos inadequada; negligência dos governos estaduais acerca de suas atribuições definidas na PNM; ausência de sistematização de etapas do chamado ciclo operacional da AF; não rastreabilidade do medicamento; e somente o Relatório Anual de Gestão (RAG) como instrumento de fiscalização de aplicação dos recursos. Desse modo, como medidas que ajustariam a conduta nas gestões subnacionais, orientou-se: ao MS torna-se obrigatório alimentar o sistema SARG-SUS; a formulação da Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; criação de meios de incentivo financeiro a boa gestão nas ações relacionadas à AF, contendo mecanismos que incentivassem a atuação dos governos estaduais juntos aos municípios (Brasil, 2016)

As orientações do relatório, anteriormente citado, foram consideradas no acordo nº 1.459/2011 do TCU publicado no Diário Oficial da União na edição nº 106, de 03 de junho de 2011, que determinou em seu texto onze medidas ao MS e suas secretárias (Brasil, 2011c) para garantir a melhoria das condições encontradas nas farmácias básicas de todo país:

[...] Determinar ao Ministério da Saúde [...] apresente a este Tribunal plano de ação dispondo sobre as medidas a serem tomadas no sentido de: instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARG-SUS a estados e municípios; e permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARG-SUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores; Determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS [...] encaminhe a este Tribunal, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, Plano de Ação contendo as medidas a serem tomadas com vistas à formulação e coordenação da Política de Monitoramento e Avaliação de Gestão do SUS e que preveja a participação do CNS nesse processo; [...] Determinar à SCTIE [...] que defina, em cento e vinte dias, rol de informações mínimas sobre a gestão da assistência farmacêutica básica a serem encaminhadas obrigatoriamente pelos estados e municípios que não aderirem ao Hórus, além do fluxo e cronograma do envio dessas informações; Dar ciência à SCTIE de que o não encaminhamento ao CNS das portarias que tratam de mecanismos de controle e transparência do incentivo à assistência farmacêutica básica contraria o §2º do art. 1º da Lei nº 8.142/1990; [...] Recomendar à SCTIE [...] a adoção das seguintes medidas: induza, por meio de incentivo financeiro, a boa gestão nas ações relacionadas à assistência farmacêutica básica e à alimentação do Hórus pelos estados e municípios; [...] (Brasil, 2011c).

Pode-se observar que o maior foco do acordo tratava do acesso à informação acerca do gasto dos entes federados e o fortalecimento da colaboração dos demais entes para com os municípios. Após as recomendações do TCU, o MS fomentou a adesão ao sistema informatizado HÓRUS (Engler, 2013; Rodrigues, Cruz e Tavares, 2017), principalmente no nível municipal, por meio da Portaria nº 271 de 27 de fevereiro de 2013, em consonância como eixo informação do QUALIFAR-SUS:

O Sistema Hórus foi concebido para atender às singularidades da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, por meio dos seus componentes: básico, estratégico e especializado. Seu advento, em 2009, teve o objetivo de qualificar a gestão e os serviços de Assistência Farmacêutica nos três níveis de governo, além de buscar aprimorar as ações de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação, nessa modalidade de assistência à saúde. (Costa, 2012).

Alterações no programa QUALIFAR foram ocorrendo de acordo com a publicação de portarias do governo federal que buscavam melhorias para a AF e de seus sistemas de informação (Costa, 2012; Engler, 2013; Rodrigues, Cruz e Tavares, 2017).

Para os itens vetos e apoios consultou-se documentos como: minutas de portarias, reportagens em revistas de grupos de especialistas ou de atores de interesse. Os apoiadores iniciais foram gestores subnacionais, que buscavam por maior repasse financeiro, assim como os gestores federais que buscavam por respostas sobre a qualidade da gestão dos recursos da saúde, em vista do dilema subfinanciamento vs. má gestão (CONASS, 2011).

As entidades representantes dos profissionais, como Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e suas regionais, incluíram publicações em *sites* oficiais anunciando o lançamento do programa bem como as publicações dos editais para inscrição. O objetivo era divulgar e incentivar os profissionais localizados nas farmácias básicas municipais a cadastrarem seus municípios e sensibilizar os gestores municipais.

Já quanto aos representantes do controle social, embora visem melhores condições para o acesso integral a saúde, o qual perpassa o acesso e o uso racional de medicamentos, não se identificou na análise documental, a inclusão do CNS na definição do desenho do QUALIFAR-SUS.

Já no momento final do desenho do programa, na apresentação da minuta da Portaria na 3ª reunião ordinária da CIT de 2012, datada de 26 de abril do mesmo ano, pode-se sugerir possível dependência do setor privado (Brasil, 2012). A mesma ganha espaço para atuar no sentido de desenvolver e ofertar serviços para softwares de gestão da AF, já que a informatização é um dos eixos do programa para o repasse de informações, como relatado no parecer do MS na reunião:

Destacou a importância de que o software ‘dialogue’ com os sistemas já existentes a fim de otimizar os recursos. Quanto à política de educação permanente, ressaltou que a assistência farmacêutica já está inserida na agenda prioritária da SGTES. DAF incluirá a seguinte expressão na Resolução: “e sistemas que interoperem com o sistema *web service* e BI do Hórus. (Brasil, 2012. p. 5).

Outro apoio importante pode ser verificado no entorno do cumprimento do termo circunstanciado (TC) do Acórdão nº 1.459 do ano de 2011, de auditoria do TCU 011.290/2010-2. Este foi reconhecido nos relatórios posteriores a criação do programa – de autoria da Secretária de Controle

Externo da Saúde – como meta alcançada na informatização e melhoria da estrutura da farmácia básica (Brasil, 2011c; Brasil, 2016).

As arenas decisórias são espaços políticos de conflito onde agem atores, mediando processos que levam à modificação de estruturas setoriais, redefinindo e alterando as relações. Na área da saúde, o Governo federal se dá como decisor fundamental em torno dessas disputas e é o ator que as organiza (Côrtes, 2009).

Ao consultar as apresentações de minutas e reuniões extraordinárias das CIT pode-se verificar que essas foram as principais arenas decisórias para a criação do QUALIFAR-SUS e posterior expansão. Um movimento que se assemelha ao identificado e detalhado por Côrtes (2009):

A criação das comissões Intergestoras, que se tornaram o principal espaço de negociação entre os três níveis de gestão do sistema, e a edição de normas legais e administrativas pelo Ministério da Saúde regrido o funcionamento do SUS e do setor mostram o fortalecimento do papel dos gestores federais. Nas comissões intergestores – fechadas à participação de atores sociais e de mercado – gestores estaduais e municipais, individualmente e por intermédio de suas cada vez mais influentes entidades associativas (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS), estabeleceram canais diretos de relação com os gestores federais e ampliaram sua capacidade de ação sobre a arena política da área (Côrtes, 2009).

A participação social, representada pelo CNS, na expansão do programa pode ser identificada no Relatório de 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação da AF no SUS publicado em 2018 (Brasil, 2018). Neste relatório estão descritos os resultados de oficinas, envolvendo diferentes atores, para avaliar, de forma democrática e participativa, a atual organização da AF e propondo ações para melhoria da gestão, dos processos logísticos e assistenciais, assim como a ampliação e a sustentabilidade financeira. A primeira oficina apontou como problema global a falta de previsão orçamentária e modelos estruturais que atendessem às necessidades do serviço e às diversidades regionais (Brasil, 2018). Na segunda oficina foram apontadas diversas propostas com foco no programa QUALIFAR-SUS dentre elas:

- Avaliação do impacto do Programa para ajustes, garantia de sua continuidade e ampliação para novos municípios.
- Disponibilização de soluções para municípios que não possuíam infraestrutura física e tecnologia para adesão à BNAFAR, como: prioridade para adesão ao Qualifar-SUS, criação do Hórus off-line e de recurso alternativo para aquisição de equipamentos.

O período seguinte foi marcado por intensas disputas entre governo federal e as demais instâncias, efeitos da Emenda Constitucional 95 e, posteriormente, pelos impactos da pandemia de Covid-19. Ainda em 2019, no entanto, houve a publicação de portarias relativas ao QUALIFAR-SUS

ampliando o número de municípios contemplados, mas sem atualizar valores e inovações que pudessem responder aos problemas identificados de iniquidades estruturais e operacionais.

Já em 2021, em parceria com a OPAS e Coordenação Geral de AF Básica (CGAFB) foi desenvolvido projeto intitulado QUALIFICA-AF, que no mesmo ano, coletou dados para o diagnóstico da AF em municípios habilitados ao Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS de todas as regiões brasileiras (OMS, 2021). O foco principal foi coleta de dados primários sobre a organização institucional, a força de trabalho, a estrutura e os serviços ofertados pela AF nos municípios selecionados e os seus indicadores socioeconômicos, demográficos, de gestão e de resultados em saúde.

O relatório publicizado ainda em 2021 apontou informações para guiar a qualificação do programa: menos de 30% dos 3.508 municípios habilitados enviavam os dados para BNAFAR com regularidade; entre os respondentes da pesquisa, 29% afirmaram dificuldades para execução financeira dos recursos recebidos; 27% tinham dificuldades para enviar dados para BNAFAR enquanto 30% não sabia sobre o repasse de informações. A maioria dos municípios relatou necessidade de apoio para qualificação da força de trabalho, para regulamentação e estruturação da AF e para execução orçamentária. Não foram encontrados, até o momento, registros de desdobramentos de ações para responder ao diagnóstico realizado.

A *Policy Community* é definida como ator coletivo que pode introduzir temas ou questionamentos para mudanças nas políticas públicas (Côrtes, 2009). Essas comunidades são identificadas de acordo com o descrito por Côrtes:

Na área da saúde, comunidades e redes políticas incluem indivíduos de várias instituições, áreas de conhecimento ou profissões. Eles podem trabalhar na prestação de serviços, liderar organizações da sociedade civil, atuar como pesquisadores e acadêmicos ou como gestores. As redes de política são formadas pelas relações complexas que se estabelecem entre companhias farmacêuticas, profissionais, prestadores privados de serviços hospitalares, associações de portadores de patologias, dentre outros grupos de interesse, e comunidades de políticas, que têm membros dentro e fora do Governo (Côrtes, 2009b).

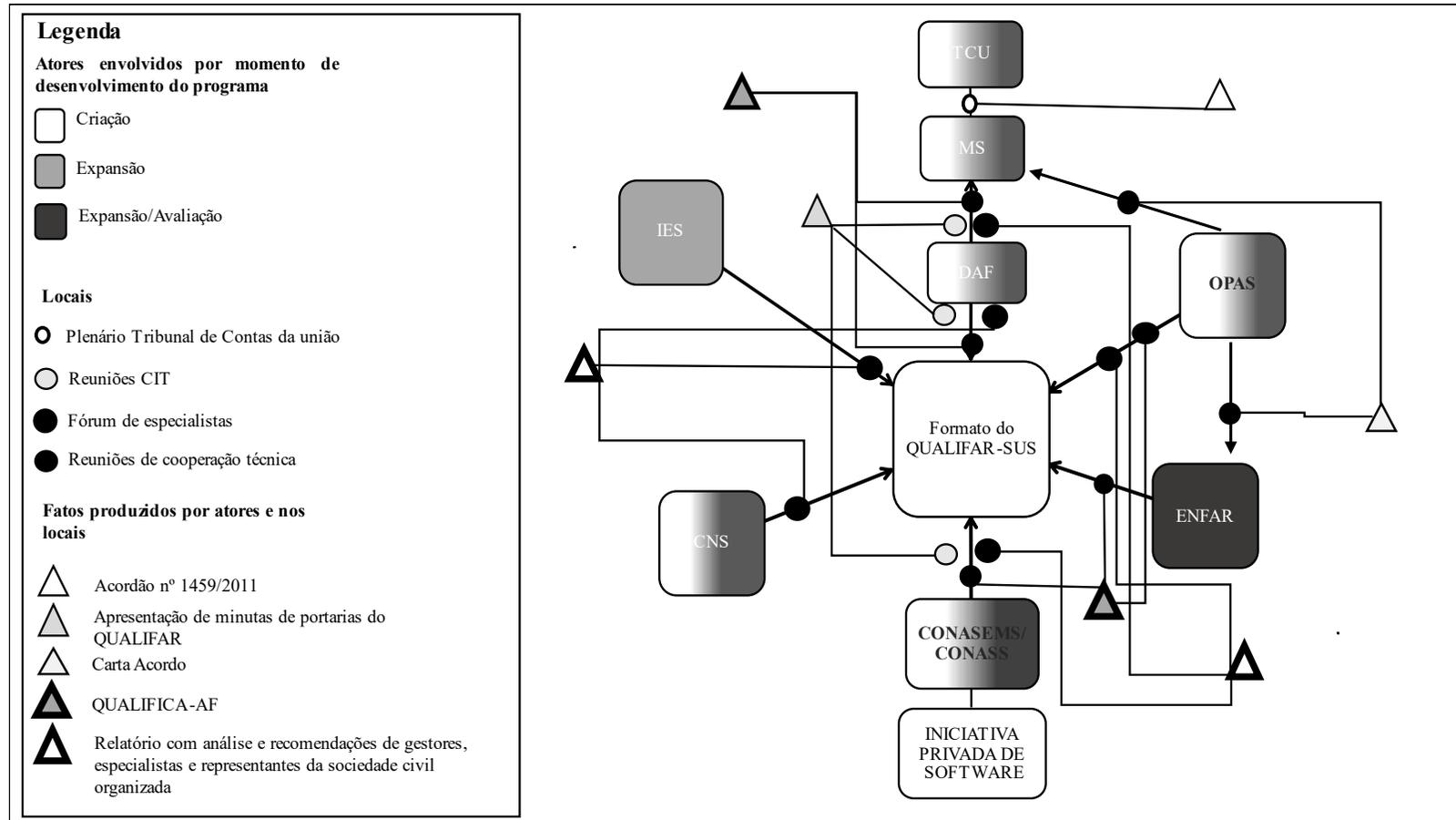
Logo os conselhos profissionais em suas instâncias, (Sindicatos da classe farmacêutica e de Servidores públicos), Profissionais especialistas (Representantes de grupos de trabalhos em conselhos como CONASS E CONASEMS) e profissionais em órgãos fiscalizadores (Vigilância Sanitária) influenciaram o desenho do programa. Para estes atores o QUALIFAR tem potencial de melhorar as condições de trabalho, a valorização profissional e o aumento do número de profissionais farmacêuticos na APS. Além de aumentar o montante recebido e melhoria das condições sanitárias e de boas práticas na AF municipal (CFF, 2013; CONASS, 2013).

Já para as instituições de ensino superior o potencial de pesquisa e ensino nas áreas de Saúde Pública, AF e Ciências Farmacêuticas é esperado. Porém não foi possível identificar diretamente essa relação – para o eixo estrutura - ao contrário do que pode ser verificado no caso do PQMAQ. As instituições de ensino e pesquisa cooperaram com o MS, de 2011 a 2019 para a avaliação externa do PQMAQ e participando da certificação do desempenho das equipes de saúde da AB, importante suporte técnico e também de apoio social que não foi devidamente aportado ao QUALIFAR-SUS.

As redes envolvem atores e comunidades variadas, com perspectivas diferentes sobre quais os resultados e os objetivos das políticas (Marques, 2006; Côrtes, 2009b; Cavalcanti e Gurgel, 2022). As relações entre essas comunidades no Brasil são definidas pela intermediação de interesses que ocorre de forma disseminada por inúmeros e diversos contatos pessoais entre os integrantes do governo e os interesses privados e de organizações coletivas, intermediada pelas comunidades citadas anteriormente (Dye, 2017; Côrtes, 2009b).

Nesse estudo podem-se identificar alguns aspectos da Rede que formulou e modificou o Programa QUALIFAR nestes dez anos.

Figura 2. Proposição inicial da rede política de influência no programa QUALIFAR-SUS



Fonte: Elaborado pela autora

Já o quesito “Consciência coletiva” foi demonstrado em outras políticas na área da AF ou de medicamentos, como é o caso do programa: “Aqui tem farmácia popular”, sendo facilmente reconhecido pelo seu apelo midiático (Alencar e colaboradores, 2018). Não há no contexto de criação e expansão do QUALIFAR-SUS esse apelo midiático, se restringindo ao apelo aos gestores (CONASS E CONASEMNS) por meio da publicação dos editais para inscrição no programa.

No terceiro momento do QUALIFAR-SUS, em desenvolvimento, pode-se considerar a execução de projetos para o envolvimento do controle social e mais efetivo envolvimento de toda a força de trabalho da atenção básica, com potencial para fazer emergir uma consciência coletiva. Ações como projetos de monitoramento e avaliação também podem ser estratégicos neste sentido, proporcionando participação de diferentes atores na sua elaboração, execução e divulgação (OMS, 2021).

O programa QUALIFAR-SUS demonstra ter sua construção alinhada com diversos aspectos do SUS. Ainda se mostra inovador por tratar de aspectos importantes como a força de trabalho e formas de viabilizar repasse de recursos federais para além daqueles previstos para aquisição de medicamentos. Entretanto, ainda há avanços necessários, como a efetiva atualização do valor de custeio, o qual auxiliaria não somente na manutenção da força de trabalho (Bernardo, 2021), como para a qualificação das atividades na área.

As pautas acerca de seu desenho têm sido discutidas em locais de decisão não associados ao controle social. Isso pode indicar dependência de dois atores: o governo federal, onde o MS é o principal proponente na definição da agenda de pactuações e seus participantes subnacionais representado pelos gestores com poder de veto. Ou seja, está passível de constrangimentos diante de modificações propostas na legislação do programa (Qualifica-AF, 2023).

Um ponto positivo é a presença, em uma dessas instâncias (CONASEMS), de grupos de trabalho permanentes para produção de dados que possibilitam fomentar a discussão de ações e programas de qualificação da AF. Considerando sua abrangência e suas diretrizes é possível, a partir da QUALIFAR, propor indicadores associados à qualidade da AF na AB. Entretanto é necessário acompanhar os caminhos e discussões para que a AF não se afaste dos objetivos da PNAF e PNM, principalmente nos apontamentos já levantados como a redução de investimentos advinda da EC nº 95, a focalização em serviços clínicos assistências na figura do médico e na medicalização (Palotti e Machado, 2014; massuda, 2020; Seta, Ocké-reis e Ramos, 2021).

### **2.1.3. As experiências produzidas na APS com o eixo estrutura do programa QUALIFAR-SUS**

O programa QUALIFAR-SUS, habilitou ao total 3.508 municípios entre 2012 e 2021. O montante de 354 milhões de reais, entre recurso de custeio e investimento, foram repassados aos

municípios de 2012 até o 1º ciclo de 2021. Considerando então a sua amplitude é possível encontrar na literatura relatos e trabalhos que buscaram destacar o QUALIFAR-SUS, em estados ou em municípios específicos, mesmo que em pequeno número. Há alguns relatos de experiências bem-sucedidas, mas também apontamentos das dificuldades e pontos de fragilidade que os municípios enfrentam para implementar a PNAF, bem como da adesão e manutenção dos entes federados no programa.

O trabalho de Rodrigues (2016) analisou a implantação do QUALIFAR-SUS na estruturação dos Serviços de Farmacêuticos na atenção básica, realizando duas avaliações. A primeira referente aos quesitos avaliativos normativos de estrutura e processo. E a segunda aos aspectos do contexto organizacional buscando quais efeitos foram produzidos pelo grau de implantação da intervenção nas dimensões política e técnica. O autor analisou no ano de 2016, 316 municípios habilitados entre os anos de 2012 e 2014, e como resultado obteve que o grau de implantação da intervenção do programa foi insatisfatório em 44% dos municípios, satisfatório em 34%, crítico em 21% e excelente em apenas 1%.

Na sub dimensão Recursos humanos, item presente na dimensão estrutura, Rodrigues (2016) verificou que no total de 54% dos municípios não tinha farmacêuticos em número suficiente para a manutenção dos serviços. Além disso a necessidade de auxiliares de farmácia foi exposta por de 40% dos municípios analisados.

Avaliando o programa, o autor dá destaque para as ações de diagnóstico e planejamento da gestão da AF, demonstrado que há dificuldades como, por exemplo, nas etapas de planejamento e registro no e-CAR. As dificuldades nas ações de diagnóstico, etapa de pior desempenho no processo de implantação do eixo, apontou para fragilidades, já que 64% referiram ter dificuldade em compreender como executar esta etapa, 18% desconhecimento total da mesma e os demais 18% não souberam informar (Rodrigues, 2016).

O autor refere que a análise diagnóstica deveria ter um perfil que condissesse com a necessidade dos municípios: “atividade interativa que influencie o processo circunstancial na tomada de decisão para reestruturação da AF municipal.”. De acordo com o autor, a visão da necessidade do governo federal em obter dados se sobressai a necessidade “*in loco*” da AF municipal (Rodrigues, 2016).

Com isso, a análise da dificuldade dos municípios na realização da etapa de diagnóstico, levanta a hipótese da interferência do contexto nos resultados da implantação do Eixo Estrutura, dado que a gestão federal do programa QUALIFAR-SUS tem objetivo próprio na execução da citada etapa ser realizada pelos municípios, que se justifica no interesse de levantamento de dados. **Todavia, o propósito principal para os municípios em obter dados se desenvolve no sentido de reconhecer a realidade da AF municipal para traçar estratégias e prioridades locais a partir do financiamento recebido. (Rodrigues, 2016, pág. 68, grifo próprio)**

Em um estudo descritivo exploratório transversal aplicado por Kreutz (2021) com 92 municípios do estado do Rio Grande do Sul, habilitados no eixo estrutura do programa QUALIFAR-SUS, buscou-se analisar a aplicação de recursos do referido programa, e como principal conclusão destaca a cultura de isolamento na organização de trabalho, como também evidenciada por Bernardo, Souza e Leite (2021).

A autora, Kreutz (2021) destaca as características de baixo envolvimento dos trabalhadores da AF no planejamento e monitoramento, centralidade de decisão no secretário municipal de saúde e pouca integração do setor com planejamento, gestão e programação, bem como a ausência de participação dos mesmos nos mecanismos de controle social. Outros autores também corroboram com essa evidência, Nora e colaboradores. (2019), descreveu a participação dos profissionais responsáveis pela assistência farmacêutica no processo de planejamento em saúde em municípios brasileiros, em um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede e em seus resultados apontou:

Os resultados apontam baixa participação dos atores responsáveis pela AF municipal na elaboração das ferramentas de planejamento dos municípios e pouco conhecimento das ações previstas, e sugerem que os instrumentos de planejamento produzidos podem não condizer com a realidade dos serviços e com a alocação racional dos recursos aplicáveis à assistência farmacêutica. (Nora et al., 2019)

A participação dos atores responsáveis pela AF no planejamento da previsão de seus próprios recursos é fundamental para construir uma AF com ações coordenadas em saúde e na construção dos instrumentos de gestão do SUS.

A identificação da aplicação do recurso principalmente na adequação da estrutura física das farmácias e alguns municípios utilizando recursos para contratação de profissionais para o setor da AF e para atividades relacionadas a educação permanente e educação em saúde. Desse modo o investimento na estrutura física e na força de trabalho demonstram a melhoria das condições de acesso e armazenamento dos medicamentos e um atendimento mais próximo do humanizado (Kreutz, 2021)

O trabalho de Kreutz (2021) também merece destaque pelos produtos técnicos em construção: Site e *Software*, que visam auxiliar na elucidação de obstáculos acerca da execução e prestação de contas do QUALIFAR-SUS e facilitar as ações de planejamento da utilização de recursos do programa, dúvidas frequentes relacionadas ao emprego do recurso e necessidade de acompanhamento e monitoramento deste programa.

Apesar dos avanços advindos de programas como o QUALIFAR-SUS e outros como o QualiSUS-rede, no aprimoramento da AF, ainda existe um percurso a ser trilhado para a organização em rede ser uma realidade da AF na APS (Pupo, 2019).

## 2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O acesso universal a saúde é um dos objetivos da política internacional fomentada pela OMS e nações participantes. Buscando atingir tal meta a ONU em sua assembleia geral do ano de 2015, elaborou 17 objetivos de desenvolvimento sustentáveis (ODS), sendo um deles descrito como: “*Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades*”, e seus objetivos específicos o acesso universal à saúde princípio o qual converge com estratégias de cuidado da atenção primária. Ou seja, a prestação de cuidados primários acessíveis e seguros é a via para alcançar esse objetivo (Pettigrew et al., 2015).

A atenção primária é mais do que uma abordagem de atenção à saúde com redução de custos para a máquina estatal, existe diversas estratégias pelas quais a intervenção no nível de atenção primária pode beneficiar a população (Rao & Pilot, 2014).

A APS no Brasil por estimava atende aproximadamente 160 milhões de pessoas. De acordo com o sistema e-Gestor 76.08% da população brasileira foi coberto na APS pelo SUS no ano de 2020, dos quais 63% está sob a responsabilidade de Equipes Saúde da Família. Essa estimativa é similar ao encontrado em anos anteriores. Cabe destacar que para parte da população só consegue acessar serviços de saúde se estes forem cobertos pelo SUS (Paim, 2011; Bastos, 2017).

No território brasileiro as ações, serviços e atividades do SUS na APS são de responsabilidade e coordenação dos municípios. E esta deve ser executada de acordo com as características e a diversidade da população de cada local, independentemente do modelo de organização escolhido, respeitando as seguintes diretrizes (Lavras, 2011):

- Territorialização;
- Organização do trabalho;
- Acolhimento do usuário (independentemente se o mesmo acessa por demanda espontânea ou programada);
- Análise de risco nos processos assistenciais;
- Além de utilizar dispositivos variados de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial para a clientela adscrita baseado no perfil epidemiológico que essa população apresenta no âmbito individual e coletivo.

Desse modo, a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema e ordenando o funcionamento da rede.

A sustentabilidade da APS no sistema de saúde, , impactando positivamente a comunidade, depende que esse tipo de atenção esteja organizada sobre os atributos anteriormente citados. Assim, possibilitará o aumento e a qualificação do acesso aos serviços, desde a prevenção ao tratamento, no momento adequado, melhores prognósticos, redução de procedimentos especializados, e, por fim, redução de riscos aos usuários (Starfield, Shi e Macinko, 2005).

“A integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e no outro nível de atenção, detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações.” (Starfield, 2002)

Fazer do SUS um sistema verdadeiramente integrado, no contexto atual de organização e de cobertura requer constantes iniciativas de avaliação e mudanças.

### **2.2.1. Internações por condições sensíveis a atenção Primária**

Sabe-se que o sistema de saúde brasileiro adota a APS como porta de entrada preferencial do usuário nos serviços de saúde. Porém, esse ponto de atenção apresenta desafios que necessitam ser superados, como por exemplo, a oferta insuficiente de serviços tendo em vista a escassez de recursos humanos e tecnológicos (Rêgo, 2017). Tal fato reflete na demanda de outros estabelecimentos de saúde, com destaque para unidades de urgência e emergência (Rêgo, 2017).

O impacto da APS na redução das ICSAP é um debate que ocorre em diversos países. O Brasil buscou contemplar a diversidade das condições clínicas, bem como de incluir indicadores da atividade hospitalar como medida indireta do funcionamento da atenção básica, por meio da portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

A Portaria nº 221 levou em consideração o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, e a partir Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) elaborou as CSAP listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, demonstradas no quadro a seguir (Quadro 5).

Quadro 5. Lista de condições sensíveis à atenção primária

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36

1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13

6,2	Pneumonia por Haemophilus influenza	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquiectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41

15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Anexo da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008

A relação das CSAP com determinadas características dos municípios ou estados brasileiros, foram abordadas por alguns estudos, demonstrando em linhas gerais que, a abordagem adequada do

manejo dessas condições, desde a prevenção, tratamento precoce e acompanhamento ambulatorial, possuem menor chance de evoluir para o desfecho de internação (Billings et al., 1993; Van Loenen et al., 2014; Vuik et al., 2017; Moretti e Fedosse, 2016; Costa, 2018).

Os estudos locais acerca das ICSAP veem sendo realizados, analisando quais as tendências desse desfecho e como se relaciona com a APS no Brasil. Como resultado observou-se relação inversa entre as medidas de acesso aos cuidados referidos como primários com aumento das ICSAP (Fernandes et al., 2009; Nedel et al., 2010; Macinko et al., 2010; Mafra, 2011; Mendonça et al., 2012; Andrade, 2016; Mendonça et al., 2018; Pinto E Giovanella, 2018;).

A presença de determinados programas ou ações sendo elas sistêmicas ou focalizadas podem gerar contextos diferenciados sobre a evolução destas condições.

No trabalho realizado por Castro e colaboradores (2020), avaliando municípios participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB, a autora verificou que a qualidade da APS, calculada pela avaliação externa do programa, mostrou efeito protetor na ocorrência de ICSAP. Os municípios com a qualidade da APS mais bem avaliados apresentam 17,5% menos ICSAP do que municípios com qualidade inferior. Indicando com seus resultados que a qualidade da APS gera redução do desfecho, inclusive onde se identifica populações em maior vulnerabilidade social (Costa, 2018).

A defesa do uso de índices de ICSAP como indicador direto para avaliar a efetividade e a qualidade da APS é demonstrada por diversos autores (Pereira, Silva E Lima Neto, 2014; Coeli et al., 2008; Camargo, 2010; Mendonça et al., 2018; Araújo et al., 2017; Rosano et al., 2012; Van Loenen et al., 2014; Tanenbaum et al., 2018; White et al., 2018; Lichtl et al., 2017; Castro, 2019).

Atentando para a importância no enfoque das CSAP na APS, e sabendo que é da característica da APS ser multiprofissional e multisetorial, é de interesse para os estudos na área da AF buscar respostas sobre quais as relações da AF municipal quanto serviço, sistema e política pública com esse desfecho.

### **2.2.2. A atenção primária em saúde e a assistência farmacêutica municipal: onde as CSAP e o CBAF se encontram no acesso e uso racional de medicamentos**

O acesso aos medicamentos é uma preocupação global, citada entre os doze maiores desafios urgentes de saúde para a próxima década, pela OMS (2020). É de grande importância que os governos apontem esforços para, além de aumentar o acesso aos produtos de saúde, fomentar políticas e ações que primem pelo uso racional de medicamentos.

No Brasil esses esforços para garantir o acesso aos medicamentos vem sendo construídos desde o fim dos anos 90, com a publicação da PNM. Criada pela portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, traz como propósito central garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (Brasil, 2001). Além disso, pode-se citar a criação de políticas sinérgicas como a PNAF e de ferramentas como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Toda a contextualização da institucionalização da promoção ao URM anda concomitante ao movimento de descentralização da organização e estruturação do SUS, inclusive da AF a partir dos anos 2000, gerando para os municípios a exigência de adequação as novas ações e serviços que ficariam sobre a sua responsabilidade. Dentro dessas estão a execução, organização e estrutura, e cabe destacar que, além das atividades gerenciais (Chamado de ciclo da AF), são inerentes à AF as atividades relacionadas ao uso dos medicamentos, as quais envolvem conhecimentos e habilidades por parte dos farmacêuticos relacionadas à boa comunicação com os usuários de medicamentos e com os outros profissionais de saúde envolvidos (Nora et al. 2019).

Apesar dos benefícios nas mais diversas situações, o uso de medicamentos também envolve riscos. Problemas relacionados ao uso de medicamentos, e são causas importantes de procura de atendimentos de urgência e emergência no Brasil. Citam-se, ademais, as dificuldades vinculadas à não adesão à farmacoterapia, que representa um verdadeiro desafio para o sistema de saúde,. O Ministério da Saúde reconhece esta fragilidade e já apontou como estratégico o desenvolvimento de metodologias para fortalecer a adesão ao tratamento das doenças crônicas (Nora et al. 2019).

Pode-se verificar as CSAP na lista publicada na Portaria nº 221 e seus correspondentes terapêuticos farmacológicos descritos em materiais como RENAME, Cadernos de orientação da atenção básica, cadernos de orientação relacionadas à vigilância epidemiológica, Portarias para elaboração de protocolos clínicos e terapêuticos listados no quadro a seguir (Quadro 7)

Observa-se que os 66 medicamentos citados para o tratamento das condições selecionadas compõem uma variedade de classes terapêuticas (Quadro 6) correspondendo a quase 20% do anexo I da RENAME (CBAF). Para o acesso a estes tratamentos são necessárias unidades dispensadoras e, das CAF, estoques contínuos nas unidades de acordo com as decisões das comissões de farmácia e terapêutica, quando ativa, que irão definir as suas listas de medicamentos municipais ou regionais.

Os medicamentos que contemplam o tratamento das CSAP devem estar na lista de compras de municípios e com estoque estável, porém alguns destes medicamentos não são regularmente adquiridos pelos municípios por exemplo os medicamentos Carvedilol, Glicazida e Ácido Valproico (líquido) são adquiridos em 88,5%, 55,4% e 50% dos municípios brasileiros, de acordo com estudo

realizado pelo Grupo de trabalho do CONASEMS, que abordou 78% dos municípios no ano de 2018 e tratou esses medicamentos como traçadores da APS.

Utilizando dados do primeiro ciclo de implementação do PMAQ, Araújo (2015) entre os anos de 2013 e 2014 verificou que a quantidade em estoque de 10 classes de medicamentos, considerando o proposto pela OMS, teve apenas 3,18% das UBS com disponibilidade dos medicamentos selecionados de mais de 80%. Para obter um modo sustentável de acesso e URM, a OMS preconiza que no mínimo deve haver 80% do escopo considerado essencial na APS.

Quadro 6. Lista de CSAP com medicamentos previstos por documentos oficiais constantes na RENAME. (Continua)

GRUPO	DESCRIÇÃO	CID	DOCUMENTO DE REFERÊNCIA	MEDICAMENTO
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	E86	RENAME, 2020 (Brasil, 2020)	Soro de Reidratação Oral e/ou Sulfato de Zinco
2,1	Desidratação		Guia de Vigilância em Saúde: volume 1 (Brasil, 2017)	
2,2	Gastroenterites	A00	RENAME, 2020 (Brasil, 2020)	Ceftriaxona
		A01		Ciprofloxacino
		A02		Sulfametoxazol + Trimetropima
		A03	Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Brasil, 2012)	Metronidazol
		A04		
		A05		
		A06		
		A07		
		A08		
		A09		
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta			Amoxicilina, Sulfametoxazol-trimetropim, Azitromicina, Amoxicilina/Clavulanato, Ceftriaxona, paracetamol, dipirona, ibuprofeno, hidrocortisona, prednisona, prednisolona, loratadina e prometazina.
5,1	Otite média supurativa	H66	Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Brasil, 2012)	Amoxicilina, Sulfametoxazol-Trimetropim, Azitromicina, Amoxicilina/Clavulanato, Ceftriaxona, paracetamol, Dipirona, Ibuprofeno, hidrocortisona, Prednisona, Prednisolona, Loratadina, Prometazina. Penicilina procaína,
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00		
5,3	Sinusite aguda	J01		
5,4	Faringite aguda	J02		

5,5	Amigdalite aguda	J03		Azitromicina, Claritromicina, Eritromicina.
5,6	Infecção Aguda VAS	J06		
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31		
<b>6</b>	<b>Pneumonias bacterianas</b>		Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Brasil, 2012)	Penicilina procaína, Azitromicina, Claritromicina, Eritromicina, Betalactâmico + macrolídeo, Amoxicilina, Amoxicilina-clavulanato + Azitromicina Claritromicina, Eritromicina.
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13		
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenza	J14		
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4		
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9		
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1		

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 7. Lista de CSAP com medicamentos previstos por documentos oficiais constantes na RENAME. (Continuação)

GRUPO	DESCRIÇÃO	CID	DOCUMENTO DE REFERÊNCIA	MEDICAMENTO
<b>7</b>	<b>Asma</b>		Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma (Brasil, 2021)	Beclometasona; Fenoterol;; Salbutamol; Prednisona; Prednisolona; Budesonida; Hidrocortisona; Brometo de ipratrópio;
7,1	Asma	J45, J46		
<b>8</b>	<b>Doenças pulmonares</b>			
8,1	Bronquite aguda	J20, J21	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma (Brasil, 2021)	Beclometasona; Budesonida; Prednisona; Prednisolona; Hidrocortisona; Brometo de ipratrópio;
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40		
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41	Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Brasil, 2012)	Espironolactona, Hidroclotiazida, Atenolol, Propranolol, Metildopa, Succinato de metoprolol, Bensilato de anlodipino, Cloridrato de verapamil, Cloridrato de Hidralazina, Captopril, maleato de enalapril, Furosemida,
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42		
8,5	Enfisema	J43		
8,6	Bronquiectasia	J47		
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44	Portaria que aprova Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. (Brasil, 2013)	
<b>9</b>	<b>Hipertensão</b>			

9,1	Hipertensão essencial	I10		Espironolactona, Hidroclotiazida, Atenolol, Propranolol, Metildopa, Bensilato de anlodipino, Cloridrato de verapamil, Cloridrato de Hidralazina, Captopril, maleato de enalapril, Furosemida, Carvedilol, Metoprolol tartarato, Metoprolol succinato, Carvedilol, Dinitrato de isossorbida, Mononitrato de isossorbida, Dinitrato de isossorbida sublingual, Digoxina Clopidogrel,, Espironolactona, Ácido Acetilsalicílico e Sinvastatina
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11	Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Brasil, 2006)	
<b>10</b>	<b>Angina</b>			
10,1	Angina pectoris	I20		Propranolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol tartarato, Metoprolol succinato, Carvedilol, Anlodipina, Verapamil, Dinitrato de isossorbida, Mononitrato de isossorbida, Dinitrato de isossorbida sublingual, Enalapril, Captopril, Hidralazina, Digoxina Clopidogrel, Furosemida, Espironolactona, Hidroclorotiazida, Ácido Acetilsalicílico e Sinvastatina
11	Insuficiência Cardíaca		Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2 (Brasil, 2016)	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50		
11,3	Edema agudo de pulmão	J81		
<b>12</b>	<b>Doenças Cerebrovasculares</b>			Anti-hipertensivos citados anteriormente; Ácido acetilsalicílico; Sinvastatina.
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 e I64 e G45 I65 a I67; I69 G46	Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. (Brasil, 2006)	Anti-hipertensivos citados anteriormente; Ácido acetilsalicílico; Sinvastatina.  Cloridrato de metformina; Glibenclamida; Glicazida Insulina NPH; Insulina regular;
<b>13</b>	<b>Diabetes melitus</b>			
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0 E10.1 E11.0 E11.1 E12.0 E12.1 E13.0 E13.1 E14.0 E14.1	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2 (Brasil, 2020)	Cloridrato de metformina; Glibenclamida; Glicazida Insulina NPH; Insulina regular;
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8 E11.2 a E11.8;	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 1 (Brasil, 2019)	Insulina NPH; Insulina regular;

		E12.2 a E12.8;		
		E13.2 a E13.8;		
		E14.2 a E14.8		
13,3	Sem complicações específicas	E10.9 E11.9 E12.9 E13.9 E14.9		
<b>14</b>	<b>Epilepsias</b>			Ácido valproico (valproato de sódio); Carbamazepina; Clonazepam; Fenitoína; Fenobarbital;
14,1	Epilepsias	G40 G41	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia (Brasil, 2018)	Ácido valproico (valproato de sódio); Carbamazepina; Clonazepam; Fenitoína; Fenobarbital;  Nitrofurantoína, Cefalexina, Amoxicilina, Ciprofloxacino, Sulfametoxazol/trimetropim
<b>15</b>	<b>Infecção no Rim e Trato Urinário</b>			
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10	Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Brasil, 2012)	Nitrofurantoína, Cefalexina, Amoxicilina, Ciprofloxacino, Sulfametoxazol/trimetropim  Amoxicilina, Ciprofloxacina, Neomicina, Gentamicina, Eritromicina; Tetraciclina; Cefalexina, Penicilinas
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11		
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12		
15,4	Cistite	N30		
15,5	Uretrite	N34		
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0		
<b>16</b>	<b>Infecção da pele e tecido subcutâneo</b>			
16,1	<u>Erisipela</u>	A46	Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde. (Brasil, 2002).	Amoxicilina, Ciprofloxacina, Neomicina, Gentamicina, Eritromicina; Tetraciclina; Cefalexina, Penicilinas  Ceftriaxona, Levofloxacina e Metronidazol
16,2	Impetigo	L01		
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02		
16,4	Celulite	L03		
16,5	Linfadenite aguda	L04		
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08		

<b>17</b>	<b>Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</b>		Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Brasil, 2012)	Ceftriaxona, Levofloxacina e Metronidazol  Hidróxido de alumínio; cimetidina; ranitidina ou omeprazol
17,1	Salpingite e ooforite	N70		
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71		
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72		
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73		
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75		
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76		
<b>18</b>	<b>Úlcera gastrointestinal</b>		Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Brasil, 2012)	Hidróxido de alumínio, cimetidina e ranitidina ou omeprazol
18	Úlcera gastrointestinal (excluído k28 e k92 por estarem associados a outros CIDS não constantes na portaria)	K25		
		K26		
		K27		
		K28		
		K92.0		
		K92.1		
		K92.2		

Fonte: Elaborado pela autora

## 2. JUSTIFICATIVA

O SUS possui como princípios doutrinários a universalidade de acesso aos serviços de saúde, equidade e a integralidade da assistência, competindo-lhe a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, conforme o artigo sexto da Lei que o institucionalizou (Lei nº 8080/90).

Partindo da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS) a AF realiza atividades que permeiam: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do URM, e foi estruturada como um sistema de apoio à rede de atenção à saúde.

A descentralização da gestão da AF exigiu dos municípios a estruturação de coordenações e serviços capacitados para desenvolver um conjunto de ações técnicas (selecionar, adquirir, armazenar,

distribuir) e de gestão (planejar, negociar, pactuar, motivar, liderar, avaliar) capazes de garantir o acesso e URM nos municípios. No entanto, grandes iniquidades atingem a estruturação da AF entre os municípios (Carvalho et al 2017; Leite et al 2017; Karnikowski et al 2017; Faleiro et al 2017).

A capacidade de gestão da AF nos municípios é reconhecida como uma necessidade fundamental, e desde 2012 o Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS repassa recursos financeiros para municípios prioritários sendo eles contemplados pelo plano Brasil sem Miséria, ou aqueles classificados com menores valores de índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Há uma sequência de atividades requeridas para implantação do programa após a habilitação e então recebimento dos recursos financeiros: (1) Realizar o diagnóstico; (2) Planejar ações e metas de estruturação baseadas no diagnóstico; (3) Executar as ações e as metas.

Rodrigues e colaboradores (2017) identificaram que os municípios apresentaram, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório (44%) ou crítico (21%) de tais atividades. Analisando diversas portarias Kreutz (2021), identificou que desde a implantação do programa, muitos municípios deixaram de receber o recurso pela não transmissão de dados.

O contexto organizacional no grau de implantação, e dificuldades na realização do diagnóstico para identificação das necessidades de estruturação da AF também foram analisados por Rodrigues e colaboradores (2017), o qual indicou pouco envolvimento das gestões estaduais com os municípios habilitados. Os gestores estaduais possuem importante papel de coordenar o processo de implantação das políticas de saúde no SUS do respectivo estado, a partir do apoio técnico e financeiro aos municípios (Rodrigues et al 2017).

Em Santa Catarina, 159 municípios foram cadastrados no programa entre os anos de 2012 e 2018. Dentre eles, 59 municípios se caracterizam por irregularidades no recebimento dos repasses financeiros esperados nos anos 2012 a 2019, pela não execução das atividades previstas e/ou deixarem de informá-las ao Ministério da Saúde (Faraco, 2020).

Neste momento em que aumenta o desemprego e aumenta a dependência das pessoas ao SUS, e dadas as restrições do financiamento público, é fundamental investir na estruturação da gestão de ações fundamentais e de alto impacto, como a AF.

Levando em consideração a relevância do contexto de saúde atual, a importância da APS como porta de entrada do sistema de saúde, e da AF para o atendimento integral, faz-se necessária uma capacidade de gestão que corresponda as necessidades e demandas da população adscrita buscando os melhores desfechos em saúde.

Assim, o presente estudo propõe analisar o programa QUALIFAR-SUS, mais especificamente o eixo estrutura, o desfecho de ICSAP e suas relações, as quais podem gerar reflexões importantes para guiar gestores nas ações e serviços prestados à população e para ajustes futuros na expansão do programa.

#### **4. METODOLOGIA**

##### **4.1. TIPO E DESENHO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional, com abordagem ecológica quantitativa, e com base em dados secundários de abrangência nacional. A unidade de análise são os 3509 municípios brasileiros que participaram do programa nacional QUALIFAR-SUS, contemplados no eixo estrutura do ano de 2012 até 2021.

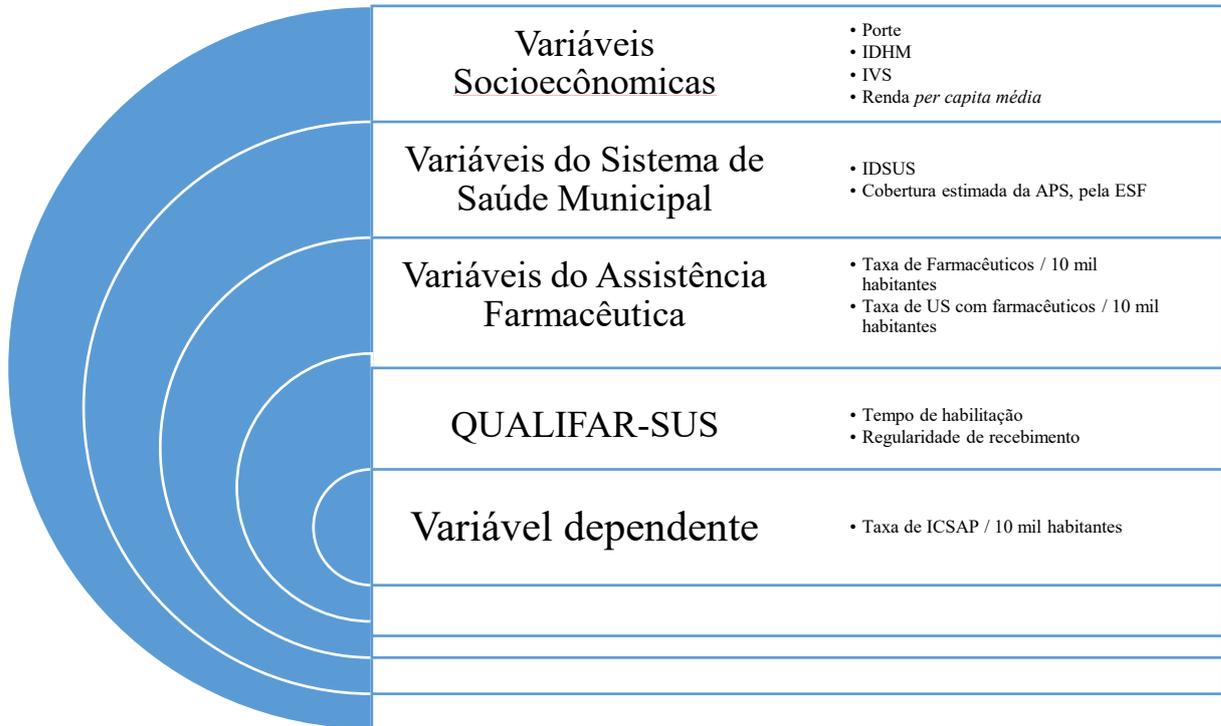
##### **4.2. COLETA DE DADOS**

Os dados secundários foram obtidos de bases de dados governamentais e de instituições de ensino. Pesquisaram-se as características socioeconômicas, do sistema de saúde e da AF municipal e das ICSAP.

##### **4.3. VARIÁVEIS**

A partir do pressuposto teórico de que a AF municipal é um sistema aberto que interage com o ambiente onde está inserido (Bernardo, Soares e Leite, 2021), buscou-se definir as variáveis: Dados socioeconômicos e do sistema de saúde municipal por caracterizarem o componente externo ao sistema da AF municipal. Além disso, buscaram-se, à dados da AF municipal e ICSAP como um desfecho conhecido em saúde (Castro, 2019), considerando que o efeito ecológico do estudo ateste que internações hospitalares por CSAP são resultado de interações de um conjunto de fatores (FIGURA 3).

As variáveis socioeconômicas selecionadas foram Renda per capita (2010) e IDHM (2016), as  
 Figura 3. Variáveis utilizadas no estudo



Fonte: Elaborado pela autora

quais foram obtidas de bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Projeto “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil” (IBGE, 2011; PNUD, 2016).

Para a variável Porte Populacional utilizou-se a classificação proposta pela Portaria nº 3.364, de 8 de dezembro 2017: Porte 1 - municípios com até 5.000 habitantes; Porte 2 - municípios com 5.001 a 10.000 habitantes; Porte 3 - municípios com 10.001 a 20.000 habitantes; Porte 4 - municípios com 20.001 a 50.000 habitantes; Porte 5 - municípios com 50.001 a 100.000 habitantes; e Porte 6 - municípios com 100.001 a 500.000 habitantes (IBGE, 2011; Brasil, 2017).

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), um índice sintético criado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), foi reclassificado em três categorias: baixo (IVS muito baixo e baixo), médio (IVS médio) e alto (IVS alto e muito alto).

Acerca das variáveis dos sistemas de saúde municipais buscou-se o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) – que trata de um conjunto de indicadores que buscam aferir o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. A análise comparativa dos resultados do índice deve levar em consideração a existência de grupos de municípios com características similares – por sua classificação dos Grupos de Municípios Homogêneos - sendo eles GH 1 (alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e alto índice de estrutura do sistema de saúde do município); GH 2, (alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição

de saúde e médio índice de estrutura do sistema de saúde do município); GH 3 (médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município) GH 4 (baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município) GH 5 (médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade), GH 6 (baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade) (IDSUS,2021).

Outra variável coletada foi cobertura das equipes da atenção básica, referente ao mês de dezembro de 2020, no sistema E-GESTOR (BRASIL,2017).

A taxa de farmacêuticos por 10 mil habitantes (Componente Força de trabalho - SST) e o número de estabelecimentos de saúde nos quais estes profissionais estariam cadastrados, na atenção básica, foram obtidos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no mês de dezembro do ano de 2020. Para a obtenção do dado foi necessário triar por atividade: farmacêutico em saúde pública, farmacêutico, bioquímico, farmacêutico generalista, farmacêutico de práticas integrativas e complementares, farmacêutico coordenador, farmacêutico fitoterapeuta. Removeu-se aqueles vinculados a serviços e ações em análises clínicas

Os dados do programa QUALIFAR foram compilados de acordo com informações repassadas pelo Departamento de AF, com base na Lei de Acesso à Informação Pública (Lei 12.527/2011 - que regulamentou o acesso a dados e informações do governo, mediante solicitação): ano de habilitação, valores recebidos de custeio e investimento de 2012 e 2018.

As variáveis do programa QUALIFAR elaboradas foram: Tempo de habilitação e Regularidade de recebimento dos valores de custeio. Os municípios foram categorizados em 5 categorias distintas:(0 a 24%; 25 a 49%; 50 a 74%; 75 a 90% e 91 a 100% dos ciclos recebidos, com base nos períodos de habilitação de cada município.

O Número de ICSAP foi coletado do sistema DATASUS, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), pela morbidade com base na residência do paciente no ano de 2020 (Brasil, 2021). A lista de CIDS selecionados seguiu a Portaria nº 221 de 2008, e a lista de tabulação para morbidade do DATASUS (Brasil, 2008).

Como critério de exclusão de CIDs, foram removidos aquelas condições que podem ser prevenidas por imunização; aquelas que dependam de medicamentos do escopo do componente estratégico ou especializado da AF; ou que estavam associados a outros CIDs que não fazem parte da

Portaria nº 221: Grupo 12 (excluindo intervalos dos CIDs I65 a I67, I69 e G45 a G46, pois estão associados a outras CIDs; Grupo 18 – ajustado excluindo K28 e K92, pois ambos estão agregados a outras CIDs; Grupo 19 – eliminado devido a presença de outros grupamentos ao CID O23 e a CID A50); Ou ainda, desfechos que não sejam doenças, como é o caso do parto (ALFRADIQUE et al., 2009).

Para compilar os dados coletados foi utilizado o Software Excel® para análise.

#### **4.4. ANÁLISE DESCRITIVA**

A análise se deu de modo descritivo, utilizando frequência absoluta e relativa para caracterizar a amostra.

A análise descritiva terá dois focos para caracterizar os municípios: Taxa de ICSAP e Regularidade de recebimento do programa, sendo ambos descritos por região e estados. Os mesmos serão analisados pelas variáveis socioeconômicas, do sistema de saúde e da AF municipal.

As taxas de ICSAP, foram organizadas em faixas de acordo com quartis, da seguinte forma: municípios com até 52,89 internações; mais que 52,89 e até 79,16 internações; o terceiro intervalo com mais de 79,16 e até 124,24 internações e a quarta faixa com mais de 1024,24 até 1091,86 internações por 10 mil hab.

Já para o porte populacional inicialmente avaliado pela classificação Pequeno, Médio e Grande não estratificou os municípios da forma como o programa foi idealizado, deixando um grande número de municípios em uma única classificação, desse modo foi utilizado a classificação constante na Portaria nº 3.364, de 8 de dezembro 2017, apresentada anteriormente com seis portes populacionais.

## **5. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados a seguir em dois tópicos: Primeiro(s) o(s) quadro(s) da caracterização da amostra e segundo a análise descritiva das variáveis propostas.

### **5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Os municípios credenciados no programa representavam 63% (3508 municípios) do total dos municípios do país, majoritariamente das regiões nordeste e sudeste. O Centro-oeste tem o menor quantitativo de representantes.

Em relação ao perfil socioeconômico dos municípios da amostra, 45,6% foram classificados com IDHM médio. A maioria com porte populacional pequeno e com classificação de vulnerabilidade social média ou alta. A Faixa de Renda média per capita da maioria dos municípios foi menor que R\$ 368,95.

As características dos sistemas de saúde municipal coletadas indicaram que os municípios em sua maioria foram classificados em GH5 e GH6 e com mais que 75% de cobertura populacional estimada pela equipe de APS. Acerca do programa QUALIFAR-SUS, em média, cada portaria publicada habilitava em torno de 589 municípios, e o maior número de municípios habilitados ocorreu em 2014. Do total, 1286 municípios não alcançaram 50% de regularidade de recebimento dos valores relativos ao custeio.

As características da AF municipal, como a força de trabalho foi majoritariamente de um profissional farmacêutico para cada 10 mil habitantes e a taxa de presença de farmacêutico em estabelecimentos classificados como APS entre 2 e 5 unidades foi a mais frequente.

Para o desfecho final, as ICSAP, 25% dos municípios possuem taxas acima de 1024,24 para cada 10 mil habitantes.

Tabela 1. Caracterização dos municípios contemplados no programa QUALIFAR-SUS

VARIÁVEIS	AMOSTRA TOTAL (N=3508)
<b>Regiões</b>	<b>n*</b>
CENTRO-OESTE	262
NORDESTE	1350
NORTE	314
SUDESTE	924
SUL	658
<b>IDHM</b>	<b>n*</b>
ALTO	720
MÉDIO	1.601
BAIXO	1.156
MUITO BAIXA	31
<b>Porte Populacional</b>	<b>n*</b>
Grande	117
Médio	200
Pequeno	3.191
<b>IVS</b>	<b>n*</b>
MUITO ALTA	669
ALTA	917
MÉDIA	924

BAIXA	860
MUITO BAIXA	138
<b>Faixa de Renda média per capita</b>	<b>n*</b>
$x < 368,95$	1819
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	869
$x > 553,52$	820
<b>Ano de habilitação</b>	<b>n*</b>
2012	453
2013	453
2014	676
2017	629
2018	651
2019	646
<b>Regularidade de recebimento dos valores de custeio do programa QUALIFAR</b>	<b>n*</b>
0 a 24%	675
25 a 49%	611
50 a 74%	829
75% a 90%	698
91 a 100%	695
<b>GHM</b>	<b>n*</b>
GH2	22
GH3	286
GH4	428
GH5	1.029
GH6	1.743
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde - (dez. de 2020)</b>	<b>n*</b>
$> 75\%$	3064
$50\% < x \leq 75\%$	261
$24 < x \leq 50\%$	122
$\leq 24\%$	61
<b>Faixas de taxa de estabelecimento UBS com farmacêutico por 10 mil habitantes</b>	<b>n*</b>
$X > 3$	531
$1 < X \leq 3$	1276
$X \leq 1$	1701
<b>Faixas de taxa de farmacêutico por 10 mil habitantes</b>	<b>n*</b>
$\leq 1$	981
$1 < X \leq 5$	1926
$> 5$	601
<b>Faixas de taxa de ICSAP por 10 mil habitantes</b>	<b>n*</b>
$x \leq 52,89$	877
$52,89 > x \leq 79,16$	878
$79,16 > x \leq 1024,24$	876
$1024,24 > x \leq 1091,862877$	877

## 5.2. ANÁLISE DESCRITIVA

### 5.2.1. Análise descritiva – ICSAP

Na análise da distribuição dos municípios participantes do programa nas faixas de Taxa de ICSAP por 10 mil habitantes observou-se que a região nordeste foi a que apresentou as menores taxas de ICSAP. Já as regiões com as taxas de ICSAP mais elevadas foram as regiões sul e sudeste.

Buscando um olhar nos estados onde os municípios da amostra estão inseridos observou-se que os 10 estados com maiores taxas de ICSAP são em ordem crescente PA, PI, GO, SC, MA, BA, SP, RS, MG e PR.

Tabela 2. Percentual de municípios nas faixas de ICSAP por regiões e por estados brasileiros.

Regiões	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.				Total Geral
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	
<b>CENTRO-OESTE</b>	2,14%	1,57%	1,71%	2,05%	7,47%
<b>NORDESTE</b>	15,05%	10,75%	6,76%	5,93%	38,48%
<b>NORTE</b>	2,37%	2,62%	2,19%	1,77%	8,95%
<b>SUDESTE</b>	4,33%	6,96%	8,47%	6,58%	26,34%
<b>SUL</b>	1,11%	3,14%	5,84%	8,67%	18,76%
Estado	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.				Total Geral
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	
<b>AC</b>	0,23%	0,11%	0,06%	0,09%	0,48%
<b>AL</b>	1,57%	0,57%	0,09%	0,00%	2,22%
<b>AM</b>	0,34%	0,46%	0,31%	0,11%	1,23%
<b>AP</b>	0,20%	0,06%	0,09%	0,00%	0,34%
<b>BA</b>	2,82%	2,45%	2,31%	1,85%	9,44%
<b>CE</b>	1,00%	1,68%	1,45%	0,57%	4,70%
<b>ES</b>	0,31%	0,40%	0,34%	0,26%	1,31%
<b>GO</b>	1,23%	0,74%	0,77%	1,14%	3,88%
<b>MA</b>	0,57%	0,54%	0,54%	1,82%	3,48%
<b>MG</b>	2,19%	3,25%	4,56%	3,42%	13,43%
<b>MS</b>	0,17%	0,20%	0,43%	0,46%	1,25%
<b>MT</b>	0,74%	0,63%	0,51%	0,46%	2,34%
<b>PA</b>	0,54%	0,51%	0,86%	0,91%	2,82%
<b>PB</b>	3,02%	1,37%	0,46%	0,23%	5,07%
<b>PE</b>	1,28%	1,85%	0,68%	0,11%	3,93%
<b>PI</b>	1,25%	0,83%	0,91%	0,94%	3,93%
<b>PR</b>	0,17%	0,77%	1,97%	3,73%	6,64%
<b>RJ</b>	0,37%	0,23%	0,48%	0,31%	1,40%
<b>RN</b>	2,34%	1,25%	0,31%	0,29%	4,19%

<b>RO</b>	0,09%	0,20%	0,26%	0,40%	0,94%
<b>RR</b>	0,00%	0,14%	0,09%	0,06%	0,29%
<b>RS</b>	0,63%	1,28%	2,54%	3,14%	7,58%
<b>SC</b>	0,31%	1,08%	1,34%	1,80%	4,53%
<b>SE</b>	1,20%	0,20%	0,00%	0,11%	1,51%
<b>SP</b>	1,45%	3,08%	3,08%	2,59%	10,21%
<b>TO</b>	0,97%	1,14%	0,54%	0,20%	2,85%
<b>Total Geral</b>	25,00%	25,03%	24,97%	25,00%	100,00%

A categorização em faixas de taxas de ICSAP por 10 mil habitantes ficou distribuída da seguinte forma: municípios com até 52,89 interações (25,00%), mais que 52,89 e até 79,16 interações (25,03%), o terceiro intervalo com mais de 79,16 e até 124,24 interações (24,97%) e o quarto grupo com mais de 1024,24 até 1091,86 interações por 10 mil hab. (25,00%).

A análise da distribuição nas variáveis socioeconômicas (IVS, IDHM, Porte e Renda *per capita*) é apresentada na Tabela 3.

Focalizando na classificação de vulnerabilidade, municípios no grupo com menor taxa de ICSAP são classificados como muito alta ou alta vulnerabilidade, somando juntos 16,31%. Na segunda faixa a frequência foi maior em municípios com alta e média vulnerabilidade. Na terceira e quarta faixa – com as taxas mais elevadas de ICSAP - a frequência foi maior nas classificações de média e baixa vulnerabilidade.

Ao observar a distribuição das ICSAP na classificação do IDHM verificou-se que municípios no grupo com menor taxa de ICSAP são classificados com mais frequência como baixo e médio IDHM. Aqueles municípios com maiores taxas de ICSAP apresentaram com maior frequência médio IDHM (12,63%)

Os municípios com menores taxas de ICSAP foram principalmente aqueles com 5.000 até 20.000 habitantes. Destaca-se que taxas acima de 1024,24 (as maiores) foram mais frequentes em municípios com até 5.000 habitantes. Já entre os municípios com os maiores portes populacionais observaram-se, com maior frequência, as menores taxas de ICSAP.

Menores rendimentos *per capita* foram observados, com mais frequência, entre aqueles com as menores taxas de ICSAP. Já entre os municípios com rendimentos médios acima de 553,52 *per capita* um terço possuía taxas superiores a 1024,24 de ICSAP.

Tabela 3. Percentual de municípios nas faixas de ICSAP por variáveis socioeconômicas.

<b>Distribuição dos municípios de acordo com a classificação de IVS e Taxa de ICSAP por 10 mil hab.</b>				
	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.			
IVS	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
MUITO ALTA	7,47%	4,45%	3,28%	3,88%
ALTA	8,84%	7,50%	5,64%	4,16%
MÉDIA	5,50%	6,96%	6,56%	7,33%
BAIXA	2,88%	5,25%	7,92%	8,47%
MUITO BAIXA	0,31%	0,88%	1,57%	1,17%

**Distribuição dos municípios de acordo com a classificação por IDHM e a faixa de ICSAP por 10 mil hab.**

	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.			
IDHM	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
ALTO	2,62%	4,85%	6,76%	6,30%
MÉDIO	8,98%	12,12%	11,92%	12,63%
BAIXO	12,97%	7,81%	6,16%	6,01%
MUITO BAIXA	0,43%	0,26%	0,14%	0,06%

**Distribuição dos municípios de acordo com a classificação por Porte populacional (PORTARIA N° 3.364, DE 8 DE DEZEMBRO 2017) e a faixa de ICSAP por 10 mil hab.**

	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.			
Porte QUALIFAR-SUS	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
Porte 1	4,08%	4,65%	5,62%	7,50%
Porte 2	6,61%	5,30%	5,27%	4,82%
Porte 3	7,41%	6,33%	5,10%	6,84%
Porte 4	4,16%	4,82%	6,41%	4,90%
Porte 5	1,45%	1,97%	1,80%	0,86%
Porte 6	1,28%	1,97%	0,77%	0,09%

**Distribuição dos municípios de acordo com a classificação por porte e a faixa de ICSAP por 10 mil hab.**

	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.			
Porte	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
Grande	1,00%	1,68%	0,63%	0,03%
Médio	1,40%	2,00%	1,60%	0,71%
Pequeno	22,61%	21,35%	22,75%	24,26%

**Distribuição dos municípios de acordo com a classificação por faixa de renda *per capita* e a faixa de ICSAP por 10 mil hab.**

	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.			
Faixa renda <i>per capita</i>	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
$x < 368,95$	18,24%	14,05%	10,55%	9,01%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	3,79%	5,73%	7,01%	8,24%
$x > 553,52$	2,96%	5,25%	7,41%	7,75%

*Total Geral* | 25,00% | 25,03% | 24,97% | 25,00%

As variáveis relativas ao sistema municipal de saúde são apresentadas na tabela 4 (IDSUS e Faixa de cobertura populacional).

Os municípios com melhores IDSUS apresentaram menores taxas ICSAP. Já entre aqueles com os piores IDSUS foi mais frequente as taxas maiores de ICSAP, com exceção do GH6. Ou seja, as menores taxas de ICSAP foram observadas entre os municípios com os piores IDSUS.

A amostra estudada tem a maior parte dos municípios com cobertura de atendimento acima de 75%, não apresentando variação entre as faixas de taxa de ICSAP. Já dos poucos municípios com coberturas populacionais abaixo de 24% quase metade tinham taxas de ICSAP superiores a 1024,24 por 10 mil habitantes.

Tabela 4. Percentual de municípios nas faixas de ICSAP por variáveis da Assistência farmacêutica

<b>Distribuição dos municípios de acordo com a classificação do IDSUS e faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>				
<b>Classificação IDSUS</b>	<b>Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>			
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
<b>GH2</b>	0,17%	0,29%	0,14%	0,03%
<b>GH3</b>	1,05%	2,08%	2,88%	2,14%
<b>GH4</b>	2,17%	3,25%	3,42%	3,36%
<b>GH5</b>	4,16%	6,19%	8,35%	10,63%
<b>GH6</b>	17,45%	13,23%	10,18%	8,84%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com a Cobertura populacional estimada na ABS em dezembro de 2020 e Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>				
<b>Faixa de cobertura populacional estimada na atenção básica</b>	<b>Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>			
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
<b>&gt;75%</b>	22,35%	21,84%	21,47%	21,69%
<b>50% &lt; x ≤ 75%</b>	1,65%	2,08%	2,02%	1,68%
<b>24 &lt; x ≤ 50%</b>	0,80%	0,86%	1,03%	0,80%
<b>≤24%</b>	0,20%	0,26%	0,46%	0,83%
<b>Total Geral</b>	25,00%	25,03%	24,97%	25,00%

As variáveis associadas a AF municipal foram tratadas na tabela 5 (Taxa de Farmacêuticos e de UBS com presença do profissional farmacêutico, ano de habilitação e tempo de habilitação no programa QUALIFAR-SUS e regularidade de recebimento dos valores de custeio do programa).

Observou-se que entre os municípios que possuíam entre 1 e 5 farmacêuticos apresentaram as menores Taxas de ICSAP. Já aqueles com mais de 5 farmacêuticos apresentaram as maiores taxas de ICSAP por 10 mil habitantes.

Quando observadas as unidades da APS no município com farmacêutico, aquelas com 1 a 3 unidades para cada 10 mil habitantes possuíam com maior frequência taxas de ICSAP com até 79 interações para cada 10 mil habitantes. De modo contrário, aqueles com mais que três unidades com farmacêutico (para cada 10 mil habitantes) o maior percentual foi das taxas de ICSAP superiores a 1024,24.

Ao analisar o tempo de habilitação no programa os municípios habilitados nos três primeiros anos possuíam mais frequentemente menores taxas de ICSAP. Por outro lado para aqueles habilitados nos últimos três anos as taxas de ICSAP superiores a 79,16 por 10 mil habitantes foram mais frequentes.

Quanto a regularidade de recebimento, taxas maiores de ICSAP foram observadas entre aqueles com regularidade de recebimento de até 24%. A maior porcentagem de baixas taxas de ICSAP – abaixo de 52,89 foi observada naqueles com regularidade entre 75 até 90%.

A faixa com maior regularidade de recebimento (>90%) apresentou percentuais maiores em taxas de ICSAP intermediárias - maiores que 52,89 e menores que 1024,24 para cada 10 mil habitantes.

Tabela 5. Percentual dos municípios nas variáveis da AF municipal

<b>Distribuição dos municípios de acordo com a Taxa de farmacêuticos por 10 mil hab. e Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>				
<b>Categoria de taxa de farmacêuticos por 10 mil habitantes</b>	<b>Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>			
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
<b><math>x \leq 1</math></b>	7,75%	7,16%	6,58%	6,47%
<b><math>1 &lt; X \leq 5</math></b>	14,45%	14,54%	13,45%	12,46%
<b><math>&gt; 5</math></b>	2,79%	3,34%	4,93%	6,07%

<b>Distribuição dos municípios de acordo com a Taxa de unidades de saúde com presença de farmacêutico na APS por 10 mil hab. e Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>				
<b>Categoria de Taxa de Unidades de saúde com presença de farmacêutico</b>	<b>Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>			
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$

<b>X&lt;1</b>	13,03%	13,06%	12,00%	10,40%
<b>1&lt;X&lt;3</b>	9,46%	9,24%	8,92%	8,75%
<b>X&gt;3</b>	2,51%	2,74%	4,05%	5,84%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com a ano de habilitação e faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>				
	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.			
<b>Ano de habilitação</b>	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 124,24$	$1024,24 < x \leq 1091,862877$
<b>2012</b>	4,05%	3,08%	2,99%	2,79%
<b>2013</b>	4,50%	3,39%	2,82%	2,19%
<b>2014</b>	5,44%	5,27%	4,30%	4,25%
<b>2017</b>	4,30%	4,10%	4,82%	4,70%
<b>2018</b>	3,56%	4,53%	4,96%	5,50%
<b>2019</b>	3,14%	4,65%	5,07%	5,56%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com o ano de habilitação e faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>				
	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.			
<b>Regularidade de recebimento</b>	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$
<b>0 a 24%</b>	4,45%	4,30%	4,73%	5,76%
<b>25 a 49%</b>	4,16%	4,45%	4,08%	4,73%
<b>50 a 74%</b>	5,59%	6,24%	5,99%	5,82%
<b>75% a 90%</b>	6,01%	4,76%	5,02%	4,10%
<b>91 a 100%</b>	4,79%	5,27%	5,16%	4,59%
<b>Total Geral</b>	<b>25,00%</b>	<b>25,03%</b>	<b>24,97%</b>	<b>25,00%</b>

### 5.2.1.1. Variáveis socioeconômicas – regiões e estados

A análise por região e estado, dos dados apresentados no apêndice A, abordam a distribuição por faixa de ICSAP em relação às variáveis Porte populacional, IDHM, IVS e Faixa de renda per capita (Tabelas 3-A, 4-A, 5-A e 6-A).

Nos estados do Centro-Oeste municípios de pequeno porte possuíam, mais frequentemente, maiores taxas de ICSAP. E o oposto ocorreu com municípios de grande porte onde mais municípios apresentaram menores taxas de ICSAP – inferiores a 124 interações para cada 10 mil habitantes. Nos estados de GO e MT os municípios classificados como médio porte possuíam, principalmente, faixas menores de 79 interações para cada 10 mil habitantes.

A região nordeste possuía a grande maioria dos municípios com taxas menores que 79,16 independente do porte populacional. Alguns casos em particular, como o estado do MA, nos municípios de pequeno porte há percentuais acima de 1024,24 ICSAP por 10 mil hab.

Ainda, no estado do PI, nos municípios de grande porte as taxas de ICSAP foram superiores a 79,16 na maioria deles.

Na região norte, nos estados do AC, AM, AP, RO e TO os municípios de grande porte tiveram mais taxas de ICSAP menores ou iguais a 79,16 para cada 10 mil hab. O estado do PA, como exceção, maior percentual de municípios de grande porte teve ICSAP em faixas superiores a 79,16 e menores que 1024,24. Maiores taxas de ICSAP foram observadas entre municípios de pequeno porte, nos estados do PA, RO, RR.

No estado do PR (região sul) mais municípios de médio e pequeno porte apresentaram faixas de ICSAP maiores.. No RS e em SC aqueles de pequeno porte tiveram, com maior frequência, altas taxas de ICSAP. Os municípios de médio porte, em ambos os estados apresentaram, principalmente, taxas inferiores a 79,16 ICSAP por 10 mil hab. Ainda há de se destacar, que no estado de SC, os municípios de grande porte apresentaram as menores taxas de ICSAP comparado com outros do estado.

A distribuição dos municípios, de acordo com seu IDHM está apresentada na tabela 4-A (apêndice A). De acordo com estes dados, na região Centro-oeste, os municípios de baixo IDHM no estado de GO, apresentaram maior frequência de taxas de ICSAP menores. No MS os municípios com baixo IDHM apresentaram, principalmente, taxas mais altas de ICSAP. No MT maior percentual de municípios classificados como IDHM médio ou alto apresentaram taxas de ICSAP de até 79, 16 por 10 mil habitantes.

Na região nordeste, os estados da BA, MA e PI apresentam maiores taxas de ICSAP em municípios com IDHM médio. Nos estados de AL, BA, MA, PE e PI os municípios com IDHM muito baixo apresentaram, principalmente, taxas de ICSAP inferiores a 79,16.

Na região norte, no estado do AC mais municípios classificados como IDHM médio tiveram as maiores taxas de ICSAP. Os estados do AM, PA e RR apresentaram municípios com IDHM muito baixo e com taxas de ICSAP de até 79,16 (na maior parte dos casos). Outro padrão encontrado foi no estado de RO, no qual municípios classificados com IDHM médio e alto tiveram taxas de ICSAP superiores a 79,16 por 10 mil habitantes, em sua maioria. De forma contrária municípios com essas classificações no estado do TO tiveram frequência, principalmente, taxas de ICSAP de até 79,16. No estado do AP o IDHM médio foi mais relacionado àqueles com taxas menores de ICSAP. Ao observar os estados de RR e PA a classificação de baixo IDHM foi mais comum naqueles com taxas de ICSAP maiores que 79,16 por 10 mil habitantes.

Nos estados de ES e RJ (região sudeste) a classificação IDHM alto foi mais frequente naqueles com taxas de ICSAP de até 79,16. Em MG taxas maiores de ICSAP foram mais frequentes tanto nos municípios com alto quanto com baixo IDHM. Os municípios de SP com alto IDHM tiveram mais frequentemente taxas mais altas de ICSAP, em contraponto, aqueles com médio IDHM tiveram taxas de ICSAP menores, mais frequentemente.

Na região Sul, analisando os estados do PR e RS, aqueles com IDHM alto e médio tiveram as maiores taxas de ICSAP (na maioria dos casos). Em ambos também foi encontrado que municípios com IDHM baixo tiveram taxas entre 79,16 até 1024,24 ICSAP, mais frequentemente. No estado de SC aqueles com IDHM alto apresentaram, mais frequentemente, taxas até 79,16 ICSAP. Enquanto os com IDHM médio apresentaram taxas de ICSAP maiores que 1024,24 por 10 mil habitantes, na maioria dos municípios.

A análise descritiva seguinte buscou analisar a distribuição de acordo com IVS dos municípios (Tabela 5 A - apêndice A). Assim, na região centro-oeste, no estado de GO as maiores taxas de ICSAP se encontram naqueles de baixa e muito baixa vulnerabilidade. Enquanto as taxas de ICSAP menores foram encontradas nos municípios classificados com alta e média vulnerabilidade social. No estado do MS municípios com vulnerabilidade muito alta possuíam, principalmente, taxas de ICSAP maiores. Os dados do estado do MT demonstraram que municípios com alta vulnerabilidade apresentaram, com maior frequência, taxas maiores que 1024,24 de ICSAP.

Na região nordeste, nos estados de AL, BA, PE, PI, RN e SE os municípios com vulnerabilidade muito alta tiveram taxas menores de ICSAP, principalmente. No estado do CE aqueles com maior vulnerabilidade tiveram menores taxas de ICSAP, enquanto os com vulnerabilidade média e baixa apresentaram maiores taxas de ICSAP. O estado PB apresentou menores taxas de ICSAP naqueles com vulnerabilidade muito alta e baixa. Quando observado os estados da BA e MA aqueles com maiores taxas de ICSAP apresentavam média vulnerabilidade.

Nos estados de AC, PA e RR (região Norte) os municípios com média vulnerabilidade possuíam, mais frequentemente, baixas taxas de ICSAP. Ao observar os estados do AP e RO os municípios com vulnerabilidade alta possuíam menores taxas de ICSAP. Em TO baixas taxas de ICSAP foram observadas nos municípios com baixa vulnerabilidade, principalmente. No estado de RO e AC as maiores taxas de ICSAP foram encontradas nos municípios

classificados com alta vulnerabilidade. Enquanto os municípios dos estados de AM, PA e RR apresentaram maiores taxas de ICSAP nas classificações de vulnerabilidade muito alta.

Na análise da região sudeste, nos estados ES e SP, os municípios classificados com alta vulnerabilidade apresentaram, principalmente, taxas maiores de ICSAP. Ao contrário do observado no estado do RJ, onde os de alta vulnerabilidade apresentaram menores taxas de ICSAP. No estado de MG, os municípios com apresentou percentual mais elevado em taxas de ICSAP menores quando os municípios se encontram em vulnerabilidade muito baixa vulnerabilidade. Quando classificados como muito alta há frequência maior de taxas de ICSAP mais elevadas.

Os estados sulistas, PR e SC demonstraram maiores percentuais em taxas menores de ICSAP – até 79,16 ICSAP por 10 mil hab. - quando a vulnerabilidade é classificada como alta vulnerabilidade. Por outro lado no estado do RS suas taxas de ICSAP foram menores quando classificados com baixa vulnerabilidade. Ao analisar em qual categoria se concentra as maiores taxas de ICSAP, o estado do PR teve maior frequência quando classificado com vulnerabilidade baixa. O estado do RS teve percentual maior quando classificado com alta vulnerabilidade. Para SC a classificação de média vulnerabilidade apresentou o maior percentual em altas taxas de ICSAP.

A distribuição dos municípios por faixa de renda *per capita* apresentada na tabela 6-A (apêndice A) apresentou as seguintes frequências entre as três faixas de renda *per capita* elaboradas.

Na região Centro-oeste, o estado de GO apresentou relação diretamente proporcional. Taxas mais baixas em rendimentos menores. O mesmo para rendimentos menores foi encontrado no estado do MT. Porém sua taxa de rendimento intermediária apresentou as maiores taxas de ICSAP. O estado de MS apresentou outro perfil, quando os rendimentos são inferiores a R\$ 368,95 a frequência é maior em taxas mais altas de ICSAP.

A região Nordeste possuem alguns estados que possuem apenas duas categorias de rendimento. Para alguns desses, como os estados de AL, CE e PE rendimentos inferiores tiveram percentuais maiores em taxas de ICSAP menores. Outro perfil encontrado está apresentado nos estados de SE e PB, onde só apresentam alguma porcentagem em altas taxas de ICSAP quando com rendimentos *per capita* baixos. Ainda na região Nordeste, os estados PI e RN apresentaram menores taxas de ICSAP em rendimentos baixos. No estado da BA todos

os municípios classificados com maior renda *per capita* tiveram taxas de ICSAP maiores de 52,89 e menores que 79,16 para cada 10 mil hab.

Na região Norte, o estado do AC apresentou percentual nas taxas de ICSAP abaixo de 52,89 ICSAP por 10 mil hab. nas faixas extremas de rendimento médio. Os estados do AP e AM apresentaram porcentagens maiores em baixas taxas de ICSAP quando o rendimento não foi maior que R\$ 368,96, perfil semelhante ao encontrado no TO, que em rendimentos menores não alcançou taxas de ICSAP maiores que 79,16. O estado do PA e RO, onde os municípios possuem renda *per capita* inferior a R\$ 368,96 tiveram mais frequentemente taxas superiores a 79,16 por 10 mil hab.

Na região sudeste, o estado do ES apresentou menores taxas de ICSAP para os maiores rendimentos *per capita*. O mesmo ocorre com o estado do MG. O RJ, apresentou maior frequência nas taxas de ICSAP – superiores quando apresentado baixo rendimento médio. Já os rendimentos maiores apresentaram maiores frequências em baixas taxas de ICSAP. Ainda na região sudeste, o estado de SP demonstrou taxas maiores de ICSAP nas classificação de rendimento menores.

A região sul, em seus três estados apresentou independente do rendimento percentuais mais elevados de ICSAP. No Estado do PR os rendimentos maiores apresentaram 15% de seus representantes com até 79,16 por 10 mil hab. No estado do RS, os rendimentos menores apresentaram frequência de um quarto em taxas de ICSAP mais baixas. Por outro lado no estado de SC os rendimentos inferiores tiveram toda a sua totalidade na faixa acima de 79,16 e até 1024,24 ICSAP por 10 mil hab..

#### 5.2.1.2. Variáveis do sistema municipal de saúde - regiões e estados

A seguir serão apresentados os principais resultados da análise descritiva das variáveis do sistema de saúde municipal apresentadas nas Tabelas 7-A e 8-A (Apêndice A). A distribuição das taxas de ICSAP de acordo com a classificação IDSUS, em seus grupos homogêneos, foi organizada na tabela 7-A (apêndice A).

Na região Centro-oeste, no estado de GO as menores taxas de ICSAP foram encontradas naqueles com melhor IDSUS e o inverso também foi verdadeiro. Já, no estado de MS, menores taxas de ICSAP foram encontradas entre aqueles com piores IDSUS (GH5). No estado de MT naqueles com os piores índices de desenvolvimento do SUS foram observados menores taxas de ICSAP.

A Região Nordeste, nos estados do CE e PB menores taxas de ICSAP foram observadas, principalmente, entre aqueles com piores IDSUS. O estado do RN, PI e SE na classificação GH5 observou-se maior frequência de taxas de ICSAP menores. Já no estado no MA essa classificação apresentou mais frequentemente altas taxas de ICSAP. O estado da BA, melhores IDSUS foram encontrados, principalmente, entre aqueles com menores taxas de ICSAP, e o oposto também foi verdadeiro.

No AC (região norte) naqueles com melhores IDSUS foram mais frequentes nas menores taxas de ICSAP. O estado do TO, entre os municípios com melhores IDSUS, também foi mais frequente baixas taxas de ICSAP. Entre aqueles com piores IDSUS (GH6) apresentaram diferente perfil nos estados PA e AP. No primeiro observou-se maiores taxas de ICSAP, e no segundo menores taxas de ICSAP foram mais frequentes. No estado de RO maiores taxas de ICSAP foram encontradas, principalmente entre aqueles com piores IDSUS.

Ao analisar a região Sudeste, no ES taxas baixas de ICSAP foram encontradas naqueles com piores IDSUS. Já em MG melhores IDSUS correspondiam aqueles com menores taxas de ICSAP. No estado de SP, aqueles com melhores IDSUS possuíam taxas de ICSAP menores que 1024,24, já no GH4 50% apresentaram taxas acima deste valor. No estado do RJ 38,10% da classificação GH3 apresentaram as menores taxas de ICSAP, já na classificação GH4, metade dos municípios possuem taxas de ICSAP maiores que 1024,24.

Na região Sul, no estado do PR, entre aqueles com piores IDSUS maior percentual de ICSAP foi observado. As menores taxas de ICSAP, nos estados de RS e SC, foram mais frequentes nos municípios com alto IDSUS, sendo o contrário também verdadeiro.

Para analisar a distribuição da frequência de acordo com a cobertura da APS os dados foram organizados na tabela 8-A (apêndice A).

Na região Centro-oeste, os estados de MT e GO taxas menores de ICSAP foram mais frequentes naqueles com cobertura da APS menor que 75%. O padrão verificado no estado de MS, demonstrou que aqueles com baixa cobertura da APS apresentaram taxas entre 79,16,88 e 1024,24 ICSAP.

Os estados nordestinos, como BA e CE baixas taxas de ICSAP foram verificadas, principalmente, naqueles municípios com alta cobertura (superior a 75%). Já nos estados do PI e RN as menores taxas de ICSAP foram observadas entre aqueles com menor cobertura da APS. Nos estados de MA e PB apresentaram taxas menores de ICSAP foram observadas nos

municípios com a taxa de cobertura entre 50%-75%. O estado do PE apresentou 50% dos seus municípios, classificados com cobertura de 50% a 75% e menores taxas de ICSAP. O estado de AL, com todos seus municípios classificados com alta cobertura e, em sua maioria, com taxas de ICSAP menores. No SE, a maioria dos municípios com cobertura acima de 50% tinha baixas taxas de ICSAP.

A região norte, nos estados AP e PA, maiores taxas de ICSAP foram mais frequentes naqueles com menores cobertura da APS. No estado de RO maiores taxas de ICSAP foram encontradas nos municípios com menor cobertura. Já em TO as menores taxas de ICSAP estavam entre aqueles com menor cobertura. O estado de RR todos os municípios tinham cobertura alta. Destes, mais de um quarto apresentou taxas de ICSAP maiores que 1024,24.

Na região sudeste, nos estados do ES, MG e SP os municípios apresentaram taxas maiores de ICSAP quando a cobertura da APS foi muito baixa. Já, o estado do RJ apresentou maiores taxas de ICSAP quando a cobertura APS foi maior alta.

Na região Sul, no estado do PR e RS maiores taxas de ICSAP estavam naqueles com menor cobertura da APS. O estado de SC teve menores taxas de ICSAP naqueles com maior cobertura. Já quando a cobertura de APS era de até 50%, as taxas de ICSAP se mostraram superiores.

### **5.2.1.3. Variáveis da assistência farmacêutica municipal - regiões e estados**

Os aspectos relacionados a AF municipal serão abordados a seguir com base nos dados organizados nas tabelas 9-a e 10-a.

Referente a força de trabalho no Centro-oeste, no estado de GO, quando a taxa de farmacêuticos estava entre 1 e 5 farmacêuticos menores foram as taxas de ICSAP. Quando acima de 5 farmacêuticos as taxas de ICSAP foram mais elevadas. No estado do MS, as taxas mais baixas de ICSAP foram mais frequentes naqueles com mais de 5 farmacêuticos por 10 mil habitantes.. Já para o estado do MT quando o número de farmacêuticos não foi maior que 1 para cada 10 mil habitantes, as taxas de ICSAP menores foram mais frequentes.

Na região nordeste, os estados do RN, SE e PB apresentaram independente da taxa de farmacêutico, principalmente, taxas baixas de ICSAP. No RN baixas taxas de ICSAP foram observadas naqueles com até um farmacêutico para cada 10 mil habitantes. Na PB as taxas de ICSAP menores foram mais frequentes quando a taxa de farmacêuticos foi maior que um. No estado de PE, quase metade dos municípios com baixas taxas de ICSAP apresentavam entre 1

e 5 farmacêuticos. No estado de AL todos os municípios com mais de cinco farmacêuticos para cada 10 mil habitantes apresentaram taxas de ICSAP de no máximo 79,16. O estado da BA mais de um terço dos municípios com baixas taxas de ICSAP possuíam entre 1 e 5 farmacêuticos. O estado do MA, com taxas de ICSAP foram altas independente da taxa de farmacêuticos.

Na região norte, o estado do AP apresentou maior frequência em taxas de ICSAP reduzidas quando a taxa de farmacêuticos foi entre 1 e 5. Nos estados do AC e AM, as menores taxas de ICSAP foram encontradas quando a taxa de farmacêuticos foi de pelo menos profissional para cada 10 mil habitantes. O estado de RO a maior parte dos municípios com até um farmacêutico apresentaram as taxas mais elevadas de ICSAP. No estado de TO, naqueles com mais de 5 farmacêuticos para cada 10 mil habitantes, mais de um terço apresentaram as menores taxas de ICSAP.

Na região sudeste, o estado do ES apresentou, aproximadamente, um terço dos municípios com taxa de 5 farmacêuticos por 10 mil habitantes nas duas taxas extremas de ICSAP. O estado de MG, RJ e SP apresentaram mais municípios com taxas de ICSAP superiores a 1024,24 quando a taxa de farmacêutico foi maior que 5. Para o estado de SP as menores taxas de ICSAP foram mais frequentes em taxas de farmacêuticos com pelo menos um profissional. Já para os estados do RJ e MG quando a taxa de farmacêutico foi entre um e cinco.

Na região Sul, para os três estados, mais municípios com menores taxas de ICSAP tinham entre 1 e 5 profissionais para cada 10 mil habitantes. Para os O estado de SC apresentou mais da metade dos municípios com taxa de farmacêuticos superior a 5 em altas taxas de ICSAP. Resultados semelhantes foram observados no PR e RS.

A Faixa de Taxa de estabelecimento APS com farmacêutico para cada 10 mil habitantes está apresentada na tabela 9-A (apêndice A). De acordo com estes dados, na região centro-oeste, em GO, 41,18% dos municípios com mais de 3 estabelecimentos com farmacêutico apresentaram taxas de ICSAP altas (superiores a 1024,24). Ao observar o estado de MS, as taxas com mais de 3 estabelecimentos foram mais frequentes entre aqueles com menores taxas de ICSAP. Enquanto aqueles com até três estabelecimentos apresentaram, mais frequentemente, taxas de ICSAP mais elevadas. O estado de MT, quanto mais estabelecimentos apresentaram, menores tenderam ser as taxas de ICSAP.

Na região nordeste, no estado de AL todos os municípios com mais de 3 estabelecimentos com farmacêuticos apresentaram taxas menores de ICSAP. O contrário foi

observado nos estados do CE, MA e PE, estes municípios apresentaram taxas de ICSAP mais altas. Analisando os resultados dos estados do RN e SE, as taxas de ICSAP menores foram mais frequentes quando a taxa de unidades com farmacêutico foi menor que um. Os estados da BA e PB s apresentaram baixas taxas de ICSAP em todas as categorias. Sendo que, para o primeiro, 50% dos municípios com mais de 3 estabelecimentos com atuação de farmacêutico astaxas de ICSAP foram menores. No caso da PB, 62,37% dos municípios com uma até 3 estabelecimentos possuíam as menores taxas de ICSAP.

Na região norte, nos estados do PA e RO, metade dos municípios que apresentaram taxas de ICSAP maiores possuíam mais que 3 estabelecimentos com profissionais farmacêuticos. O estado do AP, naqueles com taxas de estabelecimentos maiores que três para cada 10 mil habitantes as menores taxas de ICSAP foram observadas. No estado do AC, 57% dos municípios com mais que um até três estabelecimentos com farmacêutico apresentaram taxas mais baixas de ICSAP. Nos casos de uma unidade com farmacêutico, 20% destes apresentaram taxas de ICSAP maiores que 1024,24. O estado do TO, apresentou baixas taxas de ICSAP independente da taxa de estabelecimento.

Na região Sudeste, os estados do ES, apresentou maior porcentagem de municípios com baixas taxas de ICSAP quando possuíam mais que três estabelecimentos com farmacêutico para cada 10 mil habitantes. Nos estados de RJ e SP, quanto mais estabelecimentos, maiores foram as taxas de ICSAP. Em MG, 32% dos municípios com apenas uma unidade com farmacêutico apresentaram taxas de ICSAP maiores. Já naqueles com mais que uma até três unidades, mais frequentemente se observou baixas taxas de ICSAP.

Na região Sul, nos três estados, as taxas mais elevadas de ICSAP foram mais frequentes em municípios com taxas de estabelecimentos maiores que três. Nos estados do PR e SC as taxas de ICSAP mais baixas foram mais frequentes quando as taxas de estabelecimentos eram menores. Já no estado do RS, as taxas de ICSAP foram mais baixas quando a taxa foi maior que 1 até 3 estabelecimentos.

### **5.2.2. Análise descritiva – Regularidade de recebimento QUALIFAR-SUS**

Utilizando a categorização de regularidade de recebimento proposta buscou-se observar quais regiões e estados apresentavam mais representantes inadimplentes na categoria, ou seja, nos quais os municípios não chegaram a receber 25% do custeio previsto pelo programa (Tabela 6).

As regiões que receberam menores percentuais foram Norte, Centro-oeste e Sul, e os 10 estados foram, em ordem decrescente: SP, BA, MA, PR, RS, PI, PA, AM, GO e SC.

Ao observar estes dados dentro dos estados, pela porcentagem de representantes na categoria de regularidade de 0-24%, percebeu-se que os estados de: AP, AM, MA, PA e RR possuem mais de 40% dos seus municípios habilitados no programa com irregularidades. Os destaques positivos, ou seja, aqueles com mais de 50% dos seus municípios com regularidade maior que 75% foram: CE, AL, MG, PB, RN, SE e TO.

Tabela 6. Percentual dos municípios por faixa de regularidade nas regiões e estados brasileiros.

	Regularidade					
Regiões	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>CENTRO-OESTE</b>	20,99%	24,43%	26,72%	15,27%	12,60%	100,00%
<b>NORDESTE</b>	18,74%	16,22%	17,78%	20,89%	26,37%	100,00%
<b>NORTE</b>	34,08%	18,47%	20,06%	12,74%	14,65%	100,00%
<b>SUDESTE</b>	13,42%	12,99%	32,14%	23,27%	18,18%	100,00%
<b>SUL</b>	20,67%	22,80%	24,16%	18,39%	13,98%	100,00%
	Regularidade					
Estados	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>AC</b>	47%	24%	12%	12%	6%	100%
<b>AL</b>	5%	12%	13%	29%	41%	100%
<b>AM</b>	70%	16%	9%	0%	5%	100%
<b>AP</b>	83%	8%	8%	0%	0%	100%
<b>BA</b>	24%	18%	19%	20%	20%	100%
<b>CE</b>	1%	10%	14%	18%	56%	100%
<b>ES</b>	30%	11%	33%	9%	17%	100%
<b>GO</b>	22%	26%	21%	20%	11%	100%
<b>MA</b>	57%	30%	6%	6%	2%	100%
<b>MG</b>	3%	3%	38%	34%	23%	100%
<b>MS</b>	20%	27%	36%	9%	7%	100%
<b>MT</b>	20%	20%	32%	11%	18%	100%
<b>PA</b>	44%	26%	10%	9%	10%	100%
<b>PB</b>	12%	11%	22%	27%	28%	100%
<b>PE</b>	11%	14%	27%	20%	28%	100%
<b>PI</b>	36%	28%	22%	11%	4%	100%
<b>PR</b>	24%	23%	18%	18%	18%	100%
<b>RJ</b>	37%	18%	12%	18%	14%	100%
<b>RN</b>	5%	10%	14%	35%	37%	100%

<b>RO</b>	18%	12%	36%	18%	15%	100%
<b>RR</b>	40%	50%	10%	0%	0%	100%
<b>RS</b>	19%	24%	28%	19%	10%	100%
<b>SC</b>	18%	21%	28%	18%	14%	100%
<b>SE</b>	13%	13%	21%	25%	28%	100%
<b>SP</b>	22%	25%	28%	12%	13%	100%
<b>TO</b>	5%	11%	33%	23%	28%	100%
<b>Total Geral</b>	<b>19%</b>	<b>17%</b>	<b>24%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>

A partir dos dados encontrados na tabela 7 pode-se verificar a frequência de regularidade de acordo com outras características dos municípios. A quantidade de municípios com menos de 50% de regularidade vai reduzindo com a redução da sua vulnerabilidade (IVS), porém os extremos da classificação de vulnerabilidade social – muito alta ou muito baixa – foram os estados que apresentaram mais representantes com recebimento irregular.

A Renda per capita dos municípios divididas em três faixas de renda demonstrou que os municípios que possuem renda per capita abaixo de R\$ 368,95 possuem mais municípios (18%) com menos de 50% de regularidade de recebimento, nas outras faixas de renda a frequência com que os municípios não alcançam 50% de regularidade é menor que 12%.

A frequência de irregularidade de recebimento também foi maior para municípios classificados com IDHM médio (12,7%) ou baixo (13,7%). Os municípios classificados com IDHM alto (20,52%) apresentaram menos integrantes (9,6%) que não alcançam ao longo do período de habilitação 50% do recebimento.

O porte populacional 3 (utilizando a classificação constante na Portaria nº 3.364, de 8 de dezembro 2017), apresentou maior número de municípios em situação irregular, já a classificação de porte 6 demonstrou ter quase metade dos municípios correspondentes irregulares.

#### Distribuição dos municípios de acordo com a classificação de IVS

	Regularidade de recebimento					
<b>Categoria IVS</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral

<b>MUITO ALTA</b>	6,1%	4,0%	3,1%	3,2%	2,7%	19,07%
<b>ALTA</b>	3,5%	3,8%	5,8%	6,7%	6,3%	26,14%
<b>MÉDIA</b>	3,9%	3,6%	6,4%	6,0%	6,6%	26,34%
<b>BAIXA</b>	4,6%	5,0%	7,4%	3,6%	3,9%	24,52%
<b>MUITO BAIXA</b>	1,1%	1,1%	1,0%	0,4%	0,4%	3,93%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com a classificação de Renda <i>per capita</i></b>						
	Regularidade de recebimento					
<b>Faixa de Renda per capita</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>x&lt;368,95</b>	10,1%	8,0%	10,3%	11,9%	11,6%	51,85%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	4,0%	3,9%	6,9%	4,8%	5,2%	24,77%
<b>x&gt;553,52</b>	5,1%	5,5%	6,4%	3,3%	3,1%	23,38%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com a classificação de IDHM</b>						
	Regularidade de recebimento					
<b>IDHM</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>ALTO</b>	4,6%	5,0%	5,8%	2,5%	2,7%	20,52%
<b>MÉDIO</b>	6,6%	6,1%	11,5%	10,4%	11,1%	45,64%
<b>BAIXO</b>	7,5%	6,2%	6,4%	6,9%	6,0%	32,95%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,6%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,88%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com a de Porte populacional (PORTARIA N° 3.364, DE 8 DE DEZEMBRO 2017)</b>						
	Regularidade de recebimento					
<b>Porte populacional</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>Porte 1</b>	3,3%	3,8%	6,2%	4,4%	4,2%	21,84%
<b>Porte 2</b>	3,6%	4,0%	5,6%	4,9%	3,9%	22,01%
<b>Porte 3</b>	5,0%	4,4%	5,4%	5,5%	5,2%	25,68%
<b>Porte 4</b>	4,6%	3,3%	4,3%	3,3%	4,7%	20,30%
<b>Porte 5</b>	1,6%	1,2%	1,2%	1,3%	6,07%	
<b>Porte 6</b>	1,0%	1,0%	0,6%	0,5%	4,10%	

Tabela 7. Percentual dos municípios na variáveis Socioeconômicas por regularidade.

Ao analisar a distribuição de irregularidade de acordo classificação do IDSUS, os municípios de GH5 e GH6 foram os com maior irregularidade de recebimento (Tabela 8).

A cobertura populacional estimada na atenção básica é maior que 75% em 87% dos municípios da amostra, dos quais 30% não possuem 50% de regularidade de recebimento. No extrato de 50 até 75% de cobertura populacional aproximadamente metade não atingiram 50% de regularidade.

Tabela 8. Percentual de municípios nas variáveis do sistema de saúde por faixa de regularidade de recebimento.

<b>Distribuição dos municípios de acordo com a classificação do IDSUS</b>						
	Regularidade de recebimento					

<b>Classificação IDSUS</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>GH2</b>	0,14%	0,14%	0,20%	0,09%	0,06%	1%
<b>GH3</b>	2,00%	1,62%	2,08%	0,94%	1,51%	8%
<b>GH4</b>	2,91%	1,74%	2,19%	2,51%	2,85%	12%
<b>GH5</b>	5,93%	6,39%	8,27%	4,76%	3,99%	29%
<b>GH6</b>	8,27%	7,53%	10,89%	11,60%	11,40%	50%

**Distribuição dos municípios de acordo com a Cobertura populacional estimada na ABS em dezembro de 2020**

	Regularidade de recebimento					
<b>Faixa de cobertura populacional estimada na atenção básica</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b><math>x \leq 24\%</math></b>	0,23%	0,40%	0,46%	0,37%	0,29%	1,74%
<b><math>24 &lt; x \leq 50\%</math></b>	1,20%	0,83%	0,54%	0,57%	0,34%	3,48%
<b><math>50\% &lt; x \leq 75\%</math></b>	1,91%	1,88%	1,68%	0,97%	1,00%	7,44%
<b><math>x &gt; 75\%</math></b>	15,91%	14,31%	20,95%	17,99%	18,19%	87,34%

Quanto a taxa de farmacêuticos por 10.000 habitantes (força de trabalho) 55% da amostra possuía entre 2 e 5 farmacêuticos para cada 10 mil habitantes. A faixa com mais de 5 farmacêuticos para 10 mil habitantes foi de 17%. As maiores irregularidades foram observadas nas faixas de  $1 < X \leq 5$  e de  $x \leq 1$ .

A taxa de UBS com farmacêutico foi organizada em três faixas com distribuição de 48% ( $x \leq 1$ ), 36% ( $1 < X \leq 3$ ) e 15% ( $x > 3$ ). Nessas três faixas, respectivamente apresentadas, a irregularidade de até 50% foi encontrada nas frequências de 19%, 12% e 5%.

**Distribuição dos municípios de acordo com a Taxa de farmacêuticos por 10 mil habitantes**

	Regularidade de recebimento					
<b>Força de trabalho farmacêutica</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b><math>X \leq 1</math></b>	7%	5%	6%	5%	5%	28%
<b><math>1 &lt; X \leq 5</math></b>	10%	9%	13%	12%	11%	55%

x>5	2%	3%	5%	4%	3%	17%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com a Taxa de unidades de saúde com presença de farmacêutico na APS por 10 mil habitantes</b>						
	Regularidade de recebimento					
Categoria de Taxa de Unidades de saúde com presença de farmacêutico	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
X≤1	11%	8%	10%	9%	10%	48%
1<X≤3	6%	6%	10%	8%	7%	36%
X>3	2%	3%	4%	3%	3%	15%
<b>Distribuição dos municípios de acordo com a ano de habilitação</b>						
	Regularidade de recebimento					
Ano de habilitação	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
2012	0,51%	1,23%	2,19%	3,14%	5,84%	12,91%
2013	0,71%	1,11%	2,94%	4,02%	4,13%	12,91%
2014	3,59%	2,94%	4,48%	5,10%	3,16%	19,27%
2017	5,64%	2,39%	4,73%	5,16%	0,00%	17,93%
2018	0,00%	7,04%	2,37%	2,48%	6,67%	18,56%
2019	8,78%	2,71%	6,93%	0,00%	0,00%	18,42%

Tabela 9. Percentual de municípios nas variáveis da AF por faixa de regularidade.

Ao categorizar os municípios por seu ano de habilitação foi demonstrado que municípios com até três anos de habilitação possuíam frequência maior de irregularidade. Entre os habilitados em 2019 observaram-se os maiores percentuais de irregularidade.

#### 5.2.2.1. Variáveis Socioeconômicas – Regiões e estados

Analisaram-se dados socioeconômicos (porte populacional, IDHM e IVS) pela regularidade de recebimento e por estado (Apêndice B).

Na distribuição por porte populacional apresentada na Tabela B-1 (Apêndice B) no centro-oeste os municípios classificados como Médio e grande porte possui mais representantes que não alcançam 50% de regularidade de recebimento.

A situação na região nordeste é menos homogênea. Os municípios de grande porte nos estados como AL, CE, PB e PE apresentam maior percentual nas faixas de irregularidade não superiores a 50% do que nas demais regularidades. Já o estado de RN apresentou 40% dos seus

municípios de médio porte com essa frequência de irregularidade, os estados de MA e PI apresentam em todas as classificações frequência maior que 50% de irregularidade. Já a irregularidade é mais frequente em municípios de pequeno porte nos estados do SE e BA.

Na região norte AM, AP e PA apresentam municípios de grande e médio porte com frequência maior nas faixas com menos de 50% de regularidade. Diferente do que foi observado anteriormente, os demais estados: AC, RO, RR e TO tiveram a irregularidade mais frequente em municípios de pequeno porte.

Os dados apresentados para o sudeste foram heterogêneos. Os estados de SP, RJ e ES apresentaram maior irregularidade em municípios de grande e médio porte, sendo que no estado do ES todos os municípios de médio porte receberam menos de 25% dos valores de custeio. Já os municípios de MG apresentaram valores maiores em municípios de pequeno porte, mesmo assim sendo as menos irregulares da região.

Na região Sul os municípios do PR (42,86%) e SC (33,33%) apresentam maior irregularidade em seus municípios classificados como de grande porte. Já em municípios de RS a classificação de pequeno porte foi a que apresentou maior frequência de irregularidade. Ao observar a classificação de médio porte o estado que apresentou maior frequência de irregularidade na categoria foi SC.

Na Tabela B-2 (Apêndice B), foram descritas as frequências de regularidade dos estados com base em sua classificação de IDHM (2016).

Na região centro-oeste os estados de GO e MS apresentaram maior regularidade na categoria de baixo IDHM, diferentemente da frequência apresentada no estado de MT onde 50% dos municípios de baixo IDHM apresentam maior irregularidade de recebimento.

Ao analisar a região nordeste puderam-se observar padrões distintos. Dos estados que possuem classificação de IDHM muito baixo, PE, BA e AL apresentaram maior regularidade de recebimento, já os municípios MA e PI possuíram maior frequência de municípios com regularidade inferior de 25% de recebimento (100% e 60%, respectivamente). Os estados que não possuem municípios classificados como muito baixo IDHM apresentaram maior irregularidade em municípios de baixo IDHM: SE, RN e Ceará. O estado de PB é o único da região que apresentou maior irregularidade para classificação de médio IDHM.

Na região norte observou-se que os quatro estados que possuíam municípios classificados com IDHM muito baixo, apresentaram maior irregularidade: AC (100%), AM

(85,71%), PA (87,50%). A exceção foi o estado do RR onde os municípios de médio e baixo IDHM possuem 50% dos seus representantes com regularidade abaixo de 25%.

Os dados apresentados para região sudeste se diferem das demais regiões por apresentarem majoritariamente municípios de médio e alto IDHM. Nos estados do ES, MG e SP os municípios de médio IDHM tiveram mais representantes com regularidade abaixo de 25%,. O estado do RJ apresentou maior frequência de irregularidades nos classificados como alto IDHM.

Os estados da região sul, não possuíam representantes com IDHM muito baixo. No PR e RS municípios com IDHM baixo foram mais regulares no cumprimento das regras para o recebimento que os municípios de alto e médio IDHM. Assim como o estado de SC, o estado do PR apresentou maior frequência de municípios com regularidade inferior a 25% entre os municípios com alto IDHM. O estado do RS apresentou maior irregularidade nos municípios com médio IDHM.

A distribuição de frequência de regularidade nos estados de acordo com o IVS (2016) foi apresentada na Tabela B-3 (Apêndice B).

De acordo com estes dados, na região Centro-oeste, no estado de GO os municípios com média e baixa vulnerabilidade representam maior percentual de irregularidade. Nos municípios do estado de MS a regularidade menor naqueles com baixa vulnerabilidade. Já no estado de MT, os municípios com alta vulnerabilidade social apresentaram mais frequentemente uma regularidade de recebimento inferior a 25%.

Na região Nordeste, os estados de AL, PB, PE, RN e SE apresentam o maior número de municípios na categoria de regularidade inferior a 25% quando esses são classificados como vulnerabilidade muito alta. O estado de SE possuía 25% dos municípios com a regularidade inferior a 25%. O estado da BA apresentou quase um terço dos municípios com alta vulnerabilidade e regularidade abaixo de 25%. No MA municípios com média vulnerabilidade possuíam a maior irregularidade de recebimento (100%). No estado do PI todos os seus municípios com baixa vulnerabilidade estavam na faixa de regularidade mais baixa de recebimento.

A região Norte, apresentou somente no estado do TO municípios com baixa vulnerabilidade. Estes possuíam regularidade de recebimento acima de 50%. Os estados do AC e AM possuem mais de 50% dos municípios com vulnerabilidade muito alta com regularidade

de recebimento inferior a 25%. Os municípios com classificação de alta vulnerabilidade somente foram mais frequentemente irregulares no estado de RO, onde 25% desses receberam no máximo 24% dos valores de custeio. Os municípios classificados com média vulnerabilidade nos estados AP, PA e RR apresentaram maior irregularidade (menos de 25% de regularidade de recebimento).

Na região Sudeste, o estado de SP apresentou maior número de municípios com muito baixa vulnerabilidade (36,21%) que estavam com regularidade inferior a 25%. No estado do ES aqueles com classificação de baixa vulnerabilidade foram mais frequentemente irregulares (34,48%). Os municípios do estado de RJ com alta e muito baixa vulnerabilidade apresentaram todos seus municípios com regularidades inferiores a 50%. Já em MG seus municípios com classificação de vulnerabilidade muito alta foram os mais irregulares.

É importante destacar que em todos os estados aqueles classificados como média vulnerabilidade apresentaram frequência maior nas menores regularidades.

Na região sul os municípios que não alcançam 25% de regularidade foram os de baixa vulnerabilidade, nos três estados.

Seguindo a análise na Tabela B-4 (Apêndice B), foram apresentadas as frequências de regularidade pelas três faixas de renda *per capita* nos estados em cada região.

Na região centro-oeste verificou-se que os estados de GO e MT apresentaram frequência maior de irregularidade na faixa de rendimento per capita inferior R\$ 368,95. No estado de MS a maior frequência de irregularidade foi verificada na faixa de renda per capita mais elevada.

A região nordeste apresentou majoritariamente maior irregularidade de recebimento em municípios onde a renda per capita era inferior a R\$ 368,95, com exceção do estado do PI, onde todos os municípios com renda per capita maior que R\$ 553,52 apresentavam regularidade menor que 25%.

Nos estados da região Norte, todos os municípios de AC e AP que possuíam renda per capita média maior ou igual R\$ 368,95 até R\$ 553,52 apresentaram maior frequência de regularidade abaixo de 25%. Já para a faixa de rendimento inferior R\$ 368,95 nos estados do AM, PA e RR os municípios tiveram mais frequência na regularidade inferior a 25%, sendo os valores encontrados respectivamente: 71,43%, 45,35% e 44,44%.

Ao observar os estados do sudeste, municípios do estado de SP com renda média per capita inferior a R\$ 368,95 possuíam em boa parte regularidade do recebimento abaixo de 25%. Para os estados do RJ e ES foi observada maior frequência de irregularidade na faixa com renda per capita maior que R\$ 553,52. No estado MG a maior frequência de irregularidade de recebimento foi observada nos municípios com a faixa de renda *per capita* maior ou igual R\$ 368,95 até R\$ 553,52 para .

A região sul do Brasil apresentou a maior frequência de regularidade inferior a 25% em municípios com média de renda per capita maior que R\$ 553,52 (PR e SC). O estado do RS apresentou municípios com menor regularidade de recebimento na faixa de renda menor que R\$ 368,95.

#### **5.2.2.2. Variáveis do Sistema Municipal de saúde - Regiões e estados**

A seguir buscou-se dados sobre o desempenho do sistema de saúde municipal que foi definido pelos dados do IDSUS e pela Cobertura populacional média estimada na Atenção Básica apresentados na tabela B-5 e B-6 (apêndice B).

A nota do indicador IDSUS, que está separado em cinco categorias de grupos homogêneos de suas características dos sistemas de saúde.

A região centro-oeste apresenta maior irregularidade nos estados de GO e MS – que não atingem 25% dos recebimentos previstos – em seus integrantes do GH5, sendo 25,3% e 25,93% respectivamente. O estado de MS apresentou maior irregularidade na classificação de GH6 sendo 40% desses com extrema irregularidade.

Os estados representantes do Nordeste se dividem naqueles apresentam menor regularidade na classificação de GH5 são: MA (100%), RN (20%) e SE (50%).

Os demais estados de AL, CE, PB, PE e PI apresentam maior frequência de irregularidade para aqueles municípios com sistemas de saúde que estão classificados como GH4, os quais que não atingiram 25% de recebimento: 7,14%, 1,96, 14,29, 17,24% e 52,94%.

O estado da BA demonstra frequência maior na faixa de regularidade abaixo de 25% para municípios classificados no grupamento GH3, sendo desta classificação 33,3% dos municípios.

A região norte apresentou maior frequência de irregularidade nos municípios classificados como grupamento GH4 nos estados do: RO (33,3%), AC (66,67%) e AM (87,50%). O estado de AP além de apresentar todos os municípios no grupamento GH4 com

menos de 25% de regularidade, o mesmo ocorre nos municípios do mesmo estado para o grupamento GH5.

O estado de TO apresentou maior irregularidade para municípios que estão classificados como GH5, sendo 8,33% que possuem regularidade inferior a 25%.

Já os municípios do estado do RR possuem todos a mesma classificação, com 90% que não alcançam 50% de regularidade na classificação de GH6.

Analisando a região sudeste do país, os estados do ES e RJ apresentam a mesma frequência de regularidade - inferior a 25% - em duas categorias GH3 e GH4, sendo para ambos os estados 42,86% de seus municípios.

Já os estados de SP e MG apresentaram maior frequência de irregularidade no grupamento de GH4 e GH5, sendo o primeiro 50% de seus integrantes e do segundo 4% - sendo que estes não alcançaram 25% de regularidade de recebimento.

Os três estados sulistas apresentam maior frequência na regularidade abaixo de 25% no grupamento de GH2, sendo os valores encontrados: PR (66,67%), RS (50%) e SC (50%).

A variável de cobertura populacional média por regiões e por estados está apresentada na Tabela B-6 (Apêndice B). Onde a região que apresenta maior taxa média de cobertura populacional é a região nordeste. Com relação a regularidade de recebimento a região Centro-oeste e nordeste possuem maiores médias de cobertura, sendo 93% e 97% em municípios com regularidade inferior a 25%. Já as coberturas se apresentaram menores na região Norte, Sudeste e Sul em municípios com menor regularidade de recebimento – 83%, 80% e 87%.

#### **5.2.2.3. Variáveis da Assistência farmacêutica municipal - Regiões e estados**

As variáveis relacionadas a AF municipal são analisadas descritivamente a seguir de acordo com os dados contidos no apêndice B – Tabela B-7,8,9,10 e 11

Na variável relacionada a força de trabalho, a média da taxa de farmacêuticos por 10 mil habitantes nas regiões foram menores para os municípios com regularidade inferior a 25% do que o total de seus estados ou regiões, com exceção dos estados TO (6,26 taxas para 10 mil hab.), RS (5,07 de taxa para 10 mil hab.) e SE (2,25 de taxa para 10 mil hab.). A maior densidade por região foi encontrada na região centro-oeste (3,71 por 10 mil habitantes); as 5 maiores densidades profissionais foram encontradas nos estados: SC (4,88), GO (4,64), RS (4,47), TO (4,28) e SP (4,16). Os estados com as 5 menores taxas de farmacêuticos por 10 mil hab. foram: PI (0,99), AC (0,95), AP (1,15), PA (1,20) e AM (1,45).

Os municípios apresentaram médias gerais por grupo de regularidade crescente: 2,29 (0 a 24%), 2,82 (25 a 49%), 3,24 (50 a 74%), 3,01 (75% a 90%) e 2,89 (91 a 100%) de taxa de farmacêutico por 10 mil hab. Onde os municípios menos regulares apresentaram menores densidades profissionais.

Dentre os municípios mais irregulares – regularidade menor que 25% - as 5 menores densidades profissionais foram encontradas nos estados: AC (0,40), RN (0,46), PI (0,80), CE (0,99) e AP (1,03). Enquanto as maiores densidade de farmacêuticos foram encontradas nos estados: TO (6,26), RS (5,07), GO (4,25), SP (3,84) E MT (3,61).

Os resultados apresentados relativos à média de taxa de estabelecimento com farmacêuticos na APS municipal por 10 mil hab. na tabela B-8 (apêndice B).

Os municípios por região brasileira apresentaram taxa média de estabelecimentos por 10 mil hab. por região: CO (1,78), NE (1,13), N (1,42), SE (1,78) e S (2,62). Já a taxa geral por regularidade de recebimento iniciando pelo mais irregular demonstrou: 1,42; 1,77; 1,85; 1,68 e 1,53 e taxa média de estabelecimentos referidos como APS por farmacêuticos por 10 mil hab. Sendo a média global 1,66 por 10 mil hab.

A taxa de estabelecimentos APS com farmacêuticos foi menor nos municípios dos estados: CE (0,62), PE (0,63) RJ (0,74), AM (0,75) e MA (0,79). Nos estados de RS (2,94), SC (2,77), TO (2,60), SP (2,12) e GO (2,11) os estabelecimentos do tipo APS possuem as maiores taxas para 10 mil hab.

## **6. DISCUSSÃO**

Apesar dos avanços, o acesso a medicamentos nos municípios brasileiros ainda é um desafio para os gestores de saúde. Considerando os impactos negativos na saúde relacionados aos problemas de acesso iniciativas foram propostas, entre elas, o QUALIFAR-SUS.

Sabe-se, entretanto, que as ICSAP ainda são problemas frequentes, o que demanda estudos para entender melhor os fatores que podem influenciar, ou estar relacionada, a necessidade de internação. Assim, buscou-se analisar diferentes variáveis, com destaque para as relacionadas à AF e as condições socioeconômicas dos municípios contemplados pelo programa QUALIFAR-SUS.

A associação direta do aumento de ICSAP com a baixa disponibilidade de medicamentos já foi estudada por Araújo (2015). Entretanto, sabe-se que são diversos os fatores

que podem influenciar esse processo. Assim, analisaram-se as principais características da amostra, das ICSAP e do próprio funcionamento do programa QUALIFAR-SUS.

Merece destaque que a amostra de municípios habilitados era de pequeno porte, majoritariamente das regiões nordeste e sudeste. Características associadas a insuficiência de recursos próprios para realizar os investimentos que não são previstos nos repasses do governo federal, segundo Mendes, Leite e Carnut (2020).

Em relação ao perfil socioeconômico dos municípios da amostra, 45,6% foram classificados com IDHM médio, e a maioria com vulnerabilidade social média ou alta e renda média per capita baixa. As características dos sistemas de saúde analisadas indicaram que os municípios em sua maioria possuíam baixo IDSUS. As características da AF municipal, como a força de trabalho foi majoritariamente de um profissional farmacêutico para cada 10 mil habitantes e a taxa de presença de farmacêutico em estabelecimentos da APS entre 2 e 5 foi a mais frequente. Para o desfecho final, as ICSAP, 25% dos municípios possuem taxas acima de 1024,24 para cada 10 mil habitantes.

Assim, corroborando com a literatura, é possível observar que o desempenho dos sistemas de saúde é amplamente influenciado pelas características políticas, socioeconômicas e culturais locais (Paina; Peters, 2012; Sheikh et al., 2011, Bigdeli et al., 2013).

Nesse trabalho pode-se verificar pelas variáveis socioeconômicas abordados que as altas taxas de ICSAP são mais frequentes em municípios classificados com alto IDHM, e com média ou baixa vulnerabilidade. Este dado pode demonstrar que municípios com condições socioeconômicas piores têm maiores dificuldades de possibilitar o acesso a média e alta complexidade. Essa hipótese já foi levantada em estudos realizados por Nedel e colaboradores (2010), nos quais condições econômicas e sociais menos vulneráveis facilitam o acesso às internações. Souza (2020) apontou associação inversa entre indicadores de vulnerabilidade social e qualidade da APS.

Os municípios com portes populacionais entre 5.001 e 20.000 habitantes, apresentaram menores taxas de ICSAP. Enquanto, aqueles com até 5.000 habitantes ou de 20.001 a 50.000 habitantes apresentaram maiores taxas de ICSAP. A heterogeneidade de condições de gestão APS, em portes populacionais pequenos, foi abordado Willemann, Medeiros, Lacerda e Calvo (2019). Segundo os mesmos, apenas 10% dos municípios de pequeno porte, apresentaram condição de gestão favorável. Logo, nos demais as dificuldades para acessar outros serviços na rede de atenção são bem maiores.

Destaque deve ser dado para os dados de SC, com maior frequência de municípios de pequeno porte e altas taxas de ICSAP. Já, neste estado, municípios de grande porte apresentaram as menores taxas de ICSAP. O resultado corrobora as associações de Bortoli (2017) que indicaram menores taxas de ICSAP associadas ao maior porte, no ano de 2012.

Como resultado dos estudos, abordando especificamente ESF e as avaliações com dados do PMAQ, foi apresentado a relação inversa entre as medidas de acesso aos cuidados referidos como primários e as ICSAP, relacionando isso ao tipo de cuidado prestado na atenção básica (Fernandes *et al.*, 2009; Nedel *et al.*, 2010; Macinko *et al.*, 2010; Mafra, 2011; Mendonça *et al.*, 2012; Andrade, 2016; Mendonça *et al.*, 2018; Pinto e Giovanella, 2018).

Observando as variáveis dos sistemas de saúde, os municípios com piores IDSUS apresentaram também menores taxas de ICSAP. Esses municípios apresentavam menores condições de desenvolvimento econômico e estrutura de saúde, o que pode repercutir na necessidade de mais ICSAP, por complicações das condições de saúde não adequadamente atendidas. Assim, menores taxas de internação não significam que a demanda não é maior, mas podem indicar, como já pontuado, menor capacidade de atendimento.

Isso traz à tona a reflexão de que maneira a APS auxilia no processo de acesso aos outros níveis de atenção e outros serviços de apoio, atuando como organizadora das demandas nas redes de atenção à saúde.

A cobertura populacional estimada na atenção básica acima de 75% se distribuiu de modo quase homogêneo entre as faixas de ICSAP. Alguns autores argumentam que mesmo com toda a totalidade de cobertura, essa taxa de cobertura é baseada em uma estimativa do modelo ESF (três mil pessoas cobertas por cada equipe) ou pela carga horária médica (em outros modelos de atenção). Logo não necessariamente toda a população esteja sendo assistida no âmbito dos cuidados primários em saúde sob os mesmos atributos da atenção primária (Velo & Caldeira, 2022)

Considerando o sistema de saúde municipal o ambiente onde a AF está inserida, é esperado que condições de saúde e estrutura piores impactem nas condições de da AF e de sua gestão, o que foi apontado por Faraco (2021), municípios classificados com IDSUS 5 e 6, apresentaram piores os indicadores de capacidade de gestão da AF.

Entre os aspectos positivos identificados, nas variáveis da AF municipal, a força de trabalho farmacêutica, nestes municípios, teve uma média de 2,87 profissionais para cada 10

mil habitantes, aumento importante quando comparado a dados de 2015, em que a média era de 1,75. Também foram maiores que o observado na amostra de municípios estudada por Faraco e colaboradores (2020) e Faraco (2021).

Esse crescimento indica um aumento da presença de farmacêuticos na ATB, e pode ser um reflexo da adesão ao programa, pois, este permite o uso do montante recebido para contratação de profissionais para a AF. Os municípios que tiveram maior destaque foram dos estados de Santa Catarina e Goiás com valores acima de 4 farmacêuticos para 10 mil habitantes.

Entretanto, em municípios do Acre e do Piauí observaram-se as menores densidades de profissionais farmacêuticos. Este dado preocupa, pois são regiões que apresentam indicadores socioeconômicos e de saúde menores do que a média nacional, e a baixa disponibilidade de farmacêuticos que compromete o desenvolvimento de parte importante do sistema de saúde.

Apesar do aumento da presença farmacêutica comparado com os dados trazidos pela PNAUM, as diferenças regionais apontadas há época (Carvalho *et al.*, 2017), ainda estavam presentes.

As maiores densidades de farmacêuticos e a taxa de US com farmacêuticos para 10 mil habitantes, estavam presentes nos municípios com taxas maiores de ICSAP. O que pode indicar uma capacidade de atendimento e estrutura para acolher as demandas, nos diversos âmbitos, inclusive na APS.

A densidade farmacêutica demonstrou que municípios com taxas de 2 a 5 farmacêuticos para cada 10 mil habitantes apresentaram menores taxas de ICSAP. Sabe-se que a presença do farmacêutico pode influenciar nos desfechos de saúde (Castro, 2020). Porém a complexidade do fenômeno das ICSAP, maiores ou menores taxas de internações e como as AF municipal se relaciona exige o estudo de outras variáveis, como por exemplo o desempenho de programas, como já realizado para avaliar a APS no caso do PMAQ (Castro, 2020).

Considerando então, a abrangência do QUALIFAR-SUS que anualmente, em média, habilitava em torno de 589 municípios verificou-se que os municípios habilitados a mais tempo, são aqueles que apresentaram menores taxas de ICSAP, juntamente com aqueles que mantiveram sua regularidade de recebimento entre 75% até 90%.

Porém, há dificuldades que influenciam seu grau de implementação, com destaque as dificuldades de transmissão de dados (Rodrigues, 2017. Kreutz, 2021). Assim, dos 3508, 1286

municípios não alcançaram 50% de regularidade de recebimento dos valores relativos ao custeio.

A questão da regularidade demonstra sinal de alerta, pois a mesma indica a carência de informação acerca da AF. Se esses municípios não possuem e não geram dados sobre a dispensação e armazenamento dos medicamentos ou das atividades dos farmacêuticos, além de impossibilitar a avaliação e o planejamento das ações da área, dificulta possíveis reflexões acerca do impacto do acesso aos medicamentos nos desfechos e demais serviços de saúde. Na ausência de informações, como analisar se as políticas públicas têm alcançado o seu objetivo de promover o acesso e uso racional de medicamentos?

Araújo (2015), ao analisar a porcentagem de abastecimento de medicamentos do componente CBAF, e suas relações com as ICSAP, verificou que municípios com no mínimo de 80% de estoque dos medicamentos essenciais foram os que apresentaram maiores taxas de ICSAP. Partindo de dados da avaliação externa do PMAQ, a autora reflete que o achado pode indicar problemas no uso de medicamentos como: efeitos adversos ou intoxicações, uma vez que, o acesso e uso adequado de medicamentos são fundamentais para evitar desfechos como internações e mortes. Ou ainda, pode estar relacionado ao anteriormente discutido, que municípios com melhores estruturas e indicadores de saúde, possuem maior acesso aos serviços como de AF e hospitalares.

Sendo a regularidade de recebimento um fator externo ao sistema sociotécnico da AF municipal, por se tratar de um financiamento, e de sua importância por fomentar o acesso à informação da AF na APS, serão discutidos a partir daqui os principais achados acerca das variáveis dos municípios e seus percentuais de irregularidade de recebimento dos recursos.

Dentre os estados mais irregulares, o RS apresentou resultados que corroboram com o apontado por Kreutz (2021), avaliando municípios do mesmo estado habilitados no ano de 2020. De acordo com o autor, o estado deixou de receber 55% dos recursos que poderiam ser destinados a estruturação da AF. Resultado da ausência ou falha de encaminhamento de informações. Dado importante quando considerado que o programa para muitos municípios é o único valor aplicado na AF municipal que não é destinado à aquisição de medicamentos.

Os resultados corroboram também com os estudos de Faraco (2021), que indicaram que o ambiente onde o sistema de saúde está inserido, bem como, a capacidade de gestão da AF pode influenciar em como a dinâmica do serviço farmacêutico ocorre. Assim, segundo a

autora municípios com menor porte populacional e menor IDHM apresentam menor capacidade de gestão da AF (Faraco, 2021). Os municípios da amostra, mais irregulares, também foram de pequeno porte, com baixo IDHM e alta vulnerabilidade. Isso indica que os mesmos precisam de maior apoio dos demais entes federativos, para aprimorar a AF.

Menores taxas de farmacêuticos e de US com este profissional foram observadas, principalmente, nos municípios mais irregulares no recebimento. Isso pode estar associado a como os municípios organizam a AF, indicando que pode haver sobrecarga de trabalho ou desvios dos serviços de atuação farmacêutica. Situação semelhante foi apresentada por outros estudos em locais com baixa densidade farmacêutica (Faraco, 2021; Bernardo, 2021; Faraco et al., ANO). Assim, aqueles que mais precisariam estruturar os serviços, foram aqueles que menos recebem recursos. E a situação tende a se perpetuar, pois ter pouco farmacêutico pode levar aos problemas de repasse de informações, e o não repasse de informações não possibilita a utilização dos recursos para a contratação de mais profissionais. Assim, a gestão precisa ter um olhar crítico sobre esta situação.

Segundo Rodrigues e colaboradores (2017) ao analisarem o grau de implantação do programa em municípios brasileiros contemplados pelo PMAQ, também identificaram que os municípios apresentaram, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório ou crítico. Kreutz (2021) discutiu alguns dos motivos que podem ter influenciado o não recebimento dos recursos, dentre os quais, a não transmissão de dados; as dificuldades nas ações de diagnóstico, etapa de pior desempenho no processo de implantação do eixo; e por fragilidades e burocracias não compreendidas pelos gestores.

Ainda, observou-se que os municípios habilitados nos três primeiros anos do programa apresentaram maior frequência de regularidade. Rodrigues (2016) descreveu maior regularidade no primeiro ano habilitação desses, dos quais 80% apresentaram grau satisfatório de regularidade de repasse. O que pode significar maior sensibilidade dos trabalhadores e gestores envolvidos nas atividades do programa.

As limitações desse estudo estão no fato de ser uma abordagem ecológica e a dificuldade de controlar os efeitos de potenciais fatores de confundimento. Além da dificuldade da determinação da qualidade dos dados coletados por serem extraídos de bases secundárias – como o caso dos registros de internações ou do cadastro de profissionais de saúde. Também, não foram incluídas outras variáveis da AF, como aquelas relacionadas ao financiamento do CBAF e acesso aos medicamentos e se utilizou as ICSAP como único indicador da APS. Sendo

necessário ponderar outros aspectos que também influenciam ou sofrem influência destas variáveis analisadas (Souza & Silva, 2018). Por fim, destaca-se a escassez de estudos semelhantes que permitam comparações.

Pinto Junior e colaboradores (2023) aponta que a lista ICSAP poderia incluir ajustes segundo faixas etárias, já que idosos e crianças possuem peculiaridades importantes no que se referente aos agravos e serviços ofertados nos sistemas de saúde.

O estudo colabora com o fortalecimento do entendimento de que as ICSAP são resultado da interação entre diferentes fatores que se sobrepõem, entre os quais, aspectos relativos a AF e seus programas.

Este foi o primeiro estudo com amostra nacional que visou estudar as relações entre CSAP e a AF no contexto de municípios contemplados pelo programa QUALIFAR-SUS

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS**

O presente trabalho conseguiu apontar características socioeconômicas, dos sistemas de saúde e da assistência farmacêutica municipal que podem estar associadas ao aumento de ICSAP, bem como as que se relacionam com a regularidade de recebimento dos valores de custeio que expressam a contrapartida do município acerca do repasse de informações sobre a farmácia na atenção básica. Estes dados são importantes para auxiliar na tomada de decisões futuras para gestores na APS e AF.

O quadro apresentado sobre a regularidade do QUALIFAR indica a necessidade de ações que busquem diagnosticar e auxiliar os municípios nos problemas acerca da implementação do programa. Ainda que se tenha articulações setoriais, entre programas e projetos, o QUALIFAR-SUS, apresenta uma parte significativa de seus municípios contemplados que não recebem financiamento regular do custeio da estruturação da AF. O que indica a desarticulações entre as políticas de AF e APS no que se refere a informatização dos dados e financiamento da estruturação da AF municipal básica.

Os resultados e discussões apresentados são relevantes, por sua abrangência, 63% dos municípios brasileiros, e por apresentarem pela primeira vez reflexões acerca das características do programa QUALIFAR-SUS e da AF municipal e suas associações com o desfecho de ICSAP.

Os principais resultados, na caracterização da amostra foram: maioria com médio IDHM, pequeno porte e com média e alta vulnerabilidade. Foram encontrados municípios com

alta cobertura da APS e com condições de saúde e estrutura baixas ou baixíssimas (IDSUS). A AF desses municípios apresentou densidade de pelo menos 1 farmacêutico para cada 10 mil hab. e taxas de US com farmacêutico entre 2 e 5 para a mesma população. Foram encontrados 36% dos municípios com irregularidade no repasse de informações (regularidade inferior a 50%). As relações observadas foram: as maiores taxas de ICSAP na região Sudeste e Sul e as condições socioeconômicas melhores e menores vulnerabilidades apresentaram maiores taxas de ICSAP. Já baixas condições de saúde municipal apresentaram menores taxas de ICSAP. Maiores densidades de farmacêuticos apresentaram maiores taxas de ICSAP. Na sua relação com o QUALIFAR, municípios habilitados a mais tempo, são aqueles que apresentaram menores taxas de ICSAP, juntamente com aqueles que mantiveram sua regularidade de recebimento entre 75% até 90%.

Análises estatísticas utilizando os dados coletados já estão em andamento buscando responder a força de correlação das variáveis abordadas e outras questões de pesquisa.

Como perspectiva futura sugere-se que outras variáveis sejam consideradas para compor a caracterização do sistema da assistência farmacêutica: Financiamento do CBAF (como os valores reais aplicados no CBAF, partindo do repasse dos entes federados e os valores reais executados), acesso aos medicamentos (considerando a disponibilidade dos medicamentos que contemplam a lista das condições sensíveis à atenção primária, quantidade de receitas atendidas das receitas emitidas, taxas de atendimento); cultura e práticas organizacionais da assistência Farmacêutica (para efeitos comparativos do tipo de assistência farmacêutica e de que modelo de cuidado farmacêutico é praticado nos municípios).

Apesar disso, os dados aqui apresentados foram úteis para o entendimento da complexidade do sistema de saúde e os diversos fatores que podem impactar na saúde da população. Este foi o primeiro estudo com amostra nacional que visou estudar as relações entre CSAP e a AF no contexto de municípios contemplados pelo programa QUALIFAR-SUS.

## Referências

Alfradique M E et al. (2009). “Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil)”. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Vol. 25, N. 6, pp. 1337-1349.

Araújo, Patrícia Sodré; Costa, Edina Alves; Guerra Junior, Augusto Afonso; Acurcio, Francisco de Assis; Guibu, Ione Aquemi; Álvares, Juliana; Costa, Karen Sarmento; Karnikowski, Margô Gomes de Oliveira; Soeiro, Orlando Mario; Leite, Silvana Nair. Pharmaceutical care in Brazil’s primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51,

n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007109>.

Barros, Rafael Damasceno de; Aquino, Rosana; Souza, Luis Eugênio Portela Fernandes. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 27, n. 11, p. 4289-4301, nov. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320222711.02272022>.

Bastos, Mayara Lisboa; Menzies, Dick; Hone, Thomas; Dehghani, Kianoush; Trajman, Anete. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *Plos One*, [S.L.], v. 12, n. 8, p. 1-14, 7 ago. 2017. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>.

Bento, Leonardo Valles. **Governança e governabilidade na reforma do estado**. 2002. 246 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

Bernardo, Noemia Liege Maria da Cunha. **A abordagem sociotécnica aplicada para a reorientação da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde**. 2021. 208 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

Bernardo, Noemia Liege Maria da; Soares, Luciano; Leite, Silvana Nair. A Sociotechnical Approach to Analyze Pharmaceutical Policy and Services Management in Primary Health Care in a Brazilian Municipality. *Pharmacy*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 39, 12 fev. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/pharmacy9010039>.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos. Informe Técnico Institucionais. 2000

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde, 2004.

Brasil; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Relatório Anual de Avaliação do PPA 2012-2015: ano base 2013**. Brasília: SPI/MP; 2014. 654 p. Relatório Anual de Avaliação Vol. 2 Tomo I.

Brasil. Ministério da Saúde. 2008. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção primária. Diário Oficial da União; 21 set.

Bortoli, Carlize et al. Aspectos da atenção básica relacionados às taxas de hospitalização por condições sensíveis à atenção primária em mulheres no estado de Santa Catarina, 2012. 2017.

Brasil. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmacutica\\_sus\\_relatorio\\_recomendacoes.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmacutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf). Acesso em: 10 dez. 2021.

Carvalho, Marselle Nobre de; Gil, Célia Regina Rodrigues; Costa, Ester Massae Okamoto dalla; Sakai, Marcia Hiromi; Leite, Silvana Nair. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 295-

302, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>.

Carvalho, Marselle Nobre de; Costa, Ester Massae Okamoto dalla; Sakai, Marcia Hiromi; Gil, Célia Regina Rodrigues; Leite, Silvana Nair. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 109, p. 154-162, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610912>.

Castro, Dayanna Mary de. **QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS**: um estudo a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. 2019. 116 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

Castro, Dayanna Mary de; Oliveira, Veneza Berenice de; Andrade, Amanda Cristina de Souza; Cherchiglia, Mariângela Leal; Santos, Alaneir de Fátima dos. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 11, p. 1-12, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00209819>.

**Conasems revista**. Brasília: Conasems, v. 72, n. 1, nov. 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/assistencia-farmacologica-e-tema-de-edicao-especial-da-revista-conasems/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

Côrtes, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000700022>.

Costa, Karen Sarmiento; Nascimento Junior, José Miguel do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 46, n. 1, p. 91-99, 23 ago. 2012.

Costa, Karen Sarmiento; tavares, Noêmia Urruth Leão; Nascimento Júnior, José Miguel do; Mengue, Sotero Serrate; Álvares, Juliana; Guerra Junior, Augusto Afonso; Acurcio, Francisco de Assis; Soeiro, Orlando Mario. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 1-4, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007146>.

Costa, Edina Alves; Araújo, Patrícia Sodrê; Penaforte, Thais Rodrigues; Barreto, Joslene Lacerda; Guerra Junior, Augusto Afonso; Acurcio, Francisco de Assis; Guibu, Ione Aquemi; Alvares, Juliana; Costa, Karen Sarmiento; Karnikowski, Margô Gomes de Oliveira. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007107>.

Dias, Kelli Engler. **A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS: uma proposta de ações para auxiliar esse processo.** 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca., Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

Faraco, Emilia B.; Guimarães, Luciano; Anderson, Claire; Leite, Silvana N. The The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. *Pharmacy Practice*, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 2048, 12 nov. 2020. JCFCorp SG PTE LTD. <http://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2020.4.2048>.

Fernandes, Viviane Braga Lima; Caldeira, Antônio Prates; Faria, Anderson Antônio de; RODRIGUES NETO, João Felício. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009005000080>.

Gerlack, Letícia Farias; Karnikowski, Margô Gomes de Oliveira; Arede, Camila Alves; Galato, Dayani; Oliveira, Aline Gomes de; Álvares, Juliana; Leite, Silvana Nair; Costa, Ediná Alves; Guibu, Ione Aquemi; Soeiro, Orlando Mario. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007063>.

Kreutz, Laura Minuzzi; Bueno, Denise. **Sistema de Monitoramento do QUALIFAR-SUS RS: manual do usuário de software.** 2021. Disponível em: <https://assistenciafarmaceuticars.com.br/qualifarsus/software/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

Karnikowski, Margô Gomes de Oliveira; Galato, Dayani; Meiners, Micheline Marie Milward de Azevedo; Silva, Emília Vitória da; Gerlack, Letícia Farias; Bós, Ângelo José Gonçalves; Leite, Silvana Nair; Álvares, Juliana; Guibu, Ione Aquemi; Soeiro, Orlando Mario. Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 1-10, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007065>

Leite, Silvana Nair; Manzini, Fernanda; Álvares, Juliana; Guerra Junior, Augusto Afonso; Costa, Ediná Alves; Acurcio, Francisco de Assis; Guibu, Ione Aquemi; Costa, Karen Sarmiento; Karnikowski, Margô Gomes de Oliveira; Soeiro, Orlando Mário. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: analysis of pneum : services data. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007120>.

Marques, Eduardo Cesar. REDES SOCIAIS E PODER NO ESTADO BRASILEIRO: aprendizados a partir das políticas urbanas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 15-42, 01 fev. 2006.

Paim, Jair Nilson; Travassos, Claudia; Almeida, Celia; Bahia, Ligia; Macinko, James. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [S.L.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s01406736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/s01406736(11)60054-8).

Pereira, N. C.; Luiza, V. L.; Cruz, M. M. DA. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 451–468, jun. 2015.

Machado, Cristiani Vieira; Lima, Luciana Dias de; Baptista, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00129616, 2017.

Nora, Letisa Comparin dalla; Costa, Karen Sarmento; Araújo, Suetônio Queiroz; Tavares, Noemia Urruth Leão. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 278-286, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900030359>

Nedel, Fúlvio Borges; Facchini, Luiz Augusto; Bastos, João Luiz; Martín-Mateo, Miguel. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1145-1154, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000700046>.

Pettigrew, Luisa M; Maeseneer, Jan de; Anderson, Maria-Inez Padula; Essuman, Akye; Kidd, Michael R; Haines, Andy. Primary health care and the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, [S.L.], v. 386, n. 10009, p. 2119-2121, nov. 2015. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00949-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00949-6).

Pinto, Luiz Felipe; Giovanella, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

Rao, Mala; Pilot, Eva. The missing link – the role of primary care in global health. *Global Health Action*, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 23693, 13 fev. 2014. **Informa UK Limited**.

Reis, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 130, p. 563-574, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113001>.

Ribeiro, Alane Andreilino et al. Capacitação para utilização do sistema Hórus para a qualificação da assistência farmacêutica no SUS. In: ENCONTRO DA REDE DISTRITAL DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE, 2., 2018, Brasília. Anais [...]. Brasília: Fiocruz Brasília, 2018. 4 p. Apresentação e Resumo.

Rodrigues, Patrícia Silveira; Cruz, Mariana Sodário; Tavares, Noemia Urruth Leão. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 41, n., p. 192-208, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s15>.

Silva, Wendell Rodrigues Oliveira da; Santana, Rafael Santos; Eduardo, Anna Maly de Leão e Neves; Martins, Rayssa Samara Ferreira; Leite, Silvana Nair. Equidade ameaçada: assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 13, p. 1-14, 9 out. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20896>

Souza, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, [S.L.], n. 16, p. 20-45, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-45222006000200003>.

Souza, Gisélia Santana; Costa, Ediná Alves; Barros, Rafael Damasceno de; Pereira, Marcelo Tavares; Barreto, Joslene Lacerda; Guerra Junior, Augusto Afonso; Acurcio, Francisco de Assis; Guibu, Ione Aquemi; Álvares, Juliana; Costa, Karen Sarmento. Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 1-12, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007135>

Souza, Katyucia Oliveira Crispim de; Fracolli, Lislaine Aparecida; Ribeiro, Caíque Jordan Nunes; Menezes, Andreia Freire de; Silva, Glebson Moura; Santos, Allan Dantas dos. Quality of basic health care and social vulnerability: a spatial analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 55, p. 1-10, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0407>.

Vidor, Ana Cristina; Fisher, Paul Douglas; Bordin, Ronaldo. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 45, n. 1, p. 24-30, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102011000100003>.

Vieira, Fabiola Sulpino. TD 2734 - Modelos de organização da assistência farmacêutica na atenção ambulatorial: uma análise comparada. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2022 (Texto para discussão).

Willemann, Maria Cristina Antunes; Medeiros, Jéssica Mascena de; Lacerda, Josimari Telino de; Calvo, Maria Cristina Marino. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-12, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000300004>.

## Apêndices

### Apêndice A

Tabela A-1 Números de ICSAP ajustado nos estados brasileiros no ano de 2020

UF	Taxa média de ICSAP (POR 10 MIL HAB)	Valor absoluto de ICSAP	Valor relativo de ICSAP (%)
AC	68	4.070	0,57
AL	45	8.019	1,12
AM	78	9.355	1,30
AP	51	1.988	0,28
BA	103	71.565	9,97
CE	84	43.456	6,05
ES	102	11.646	1,62
GO	111	21.905	3,05
MA	177	42.338	5,90
MG	102	79.260	11,0
MS	117	10.783	1,50
MT	88	13.052	1,82
PA	118	44.813	6,24
PB	63	13.482	1,88
PE	66	28.697	4,00
PI	106	16.614	2,31
PR	165	57.926	8,07
RJ	92	24.975	3,48
RN	60	11.258	1,57
RO	121	10.332	1,44
RR	99	1.411	0,20
RS	132	46.527	6,48
SC	139	29.376	4,09
SE	50	6.525	0,91
SP	107	102.593	14,29
TO	68	5.988	0,83
<b>Total Geral</b>	105	717.954	100,00%

Tabela A-2. Média de taxa de ICSAP POR 10 mil habitantes no ano de 2020, nos estados e regiões brasileiras de acordo com a regularidade de recebimento do recurso custeio QUALIFAR-SUS - 2012-2021

Região/Estado	Regularidade de Recebimento					Total Geral
	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>119,9</b>	<b>106,9</b>	<b>113,5</b>	<b>78,5</b>	<b>91,1</b>	<b>105,1</b>

GO	138,7	122,7	120,1	68,8	90,4	111,4
MS	106,4	127,2	111,5	149,6	96,3	117,2
MT	92,3	56,2	107,8	76,1	90,7	88,1
<b>NORDESTE</b>	<b>121,7</b>	<b>96,8</b>	<b>75,9</b>	<b>73,1</b>	<b>80,0</b>	<b>88,4</b>
AL	41,9	43,0	47,5	42,4	45,9	44,5
BA	111,5	114,5	99,4	90,1	97,9	102,7
CE	80,2	68,7	65,7	77,6	92,6	83,5
MA	183,9	159,3	189,2	203,9	135,0	177,1
PB	98,1	49,7	49,5	52,3	73,3	63,0
PE	56,0	63,8	61,1	77,6	67,5	66,0
PI	110,5	103,3	93,2	101,9	150,5	105,6
RN	45,5	48,3	47,5	60,2	70,3	60,3
SE	47,1	41,4	68,2	44,5	48,1	50,4
<b>NORTE</b>	<b>87,2</b>	<b>106,9</b>	<b>85,7</b>	<b>93,0</b>	<b>86,2</b>	<b>91,2</b>
AC	63,8	92,2	37,2	64,6	67,8	67,7
AM	84,7	59,7	73,3	-	60,6	78,5
AP	54,6	32,0	40,0	-	-	51,5
PA	99,8	137,5	109,5	131,1	146,0	118,2
RO	99,8	167,2	112,7	115,6	136,4	121,1
RR	98,5	105,0	74,9	-	-	99,4
TO	70,7	55,8	74,8	74,7	58,4	67,9
<b>SUDESTE</b>	<b>103,0</b>	<b>94,1</b>	<b>103,1</b>	<b>99,9</b>	<b>115,1</b>	<b>103,4</b>
ES	109,2	114,4	106,4	79,2	83,4	101,8
MG	96,0	100,5	97,9	99,4	111,8	101,6
RJ	76,4	92,4	104,1	104,9	105,9	92,2
SP	109,0	92,0	111,9	102,3	129,9	107,4
SUL	136,8	142,5	153,1	142,8	153,4	145,5
PR	148,2	163,6	174,1	179,1	165,0	164,7
RS	117,3	131,6	146,2	118,3	151,6	132,4
SC	149,3	129,9	145,2	134,4	134,1	139,1
<b>Total Geral</b>	<b>115,7</b>	<b>109,5</b>	<b>104,4</b>	<b>94,9</b>	<b>99,1</b>	<b>104,5</b>

Tabela A-3 Distribuição por Porte populacional nos estados e regiões brasileiras de acordo Faixa de ICSAP por 10 mil hab.

Porte	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.				Total Geral
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	
<b>CENTRO-OESTE</b>					
<b>GO</b>					
Grande	75,00%	0,00%	25,00%	0,00%	100,00%
Médio	60,00%	40,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Pequeno	29,13%	18,90%	20,47%	31,50%	100,00%
<b>MS</b>					
Grande	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médio	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%

<b>Pequeno</b>	<b>14,29%</b>	<b>14,29%</b>	<b>33,33%</b>	<b>38,10%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MT</b>					
<b>Grande</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>50,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>28,95%</b>	<b>26,32%</b>	<b>23,68%</b>	<b>21,05%</b>	<b>100,00%</b>
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>50,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>72,60%</b>	<b>23,29%</b>	<b>4,11%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BA</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>33,33%</b>	<b>33,33%</b>	<b>27,78%</b>	<b>5,56%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>30,39%</b>	<b>23,86%</b>	<b>24,84%</b>	<b>20,92%</b>	<b>100,00%</b>
<b>CE</b>					
<b>Grande</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>13,04%</b>	<b>39,13%</b>	<b>30,43%</b>	<b>17,39%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>20,86%</b>	<b>35,97%</b>	<b>31,65%</b>	<b>11,51%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MA</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>16,67%</b>	<b>16,67%</b>	<b>50,00%</b>	<b>16,67%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>16,67%</b>	<b>14,04%</b>	<b>14,04%</b>	<b>55,26%</b>	<b>100,00%</b>
<b>PB</b>					
<b>Grande</b>	<b>50,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>33,33%</b>	<b>66,67%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>60,12%</b>	<b>26,01%</b>	<b>9,25%</b>	<b>4,62%</b>	<b>100,00%</b>
<b>PE</b>					
<b>Grande</b>	<b>20,00%</b>	<b>60,00%</b>	<b>20,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>37,50%</b>	<b>37,50%</b>	<b>18,75%</b>	<b>6,25%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>32,48%</b>	<b>47,86%</b>	<b>17,09%</b>	<b>2,56%</b>	<b>100,00%</b>
<b>PI</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>50,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>31,85%</b>	<b>20,74%</b>	<b>22,96%</b>	<b>24,44%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RN</b>					
<b>Médio</b>	<b>60,00%</b>	<b>20,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>20,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>55,63%</b>	<b>30,28%</b>	<b>7,75%</b>	<b>6,34%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SE</b>					

<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>66,67%</b>	<b>33,33%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>81,63%</b>	<b>10,20%</b>	<b>0,00%</b>	<b>8,16%</b>	<b>100,00%</b>
<b>NORTE</b>					
<b>AC</b>					
<b>Grande</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>43,75%</b>	<b>25,00%</b>	<b>12,50%</b>	<b>18,75%</b>	<b>100,00%</b>
<b>AM</b>					
<b>Grande</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>0,00%</b>	<b>66,67%</b>	<b>33,33%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>28,21%</b>	<b>35,90%</b>	<b>25,64%</b>	<b>10,26%</b>	<b>100,00%</b>
<b>AP</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>63,64%</b>	<b>9,09%</b>	<b>27,27%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>PA</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>29,17%</b>	<b>33,33%</b>	<b>16,67%</b>	<b>20,83%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>16,67%</b>	<b>13,89%</b>	<b>31,94%</b>	<b>37,50%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RO</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>0,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>10,71%</b>	<b>17,86%</b>	<b>25,00%</b>	<b>46,43%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RR</b>					
<b>Pequeno</b>	<b>0,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>30,00%</b>	<b>20,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>TO</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>34,69%</b>	<b>38,78%</b>	<b>19,39%</b>	<b>7,14%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SUDESTE</b>					
<b>ES</b>					
<b>Grande</b>	<b>33,33%</b>	<b>66,67%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>21,43%</b>	<b>28,57%</b>	<b>28,57%</b>	<b>21,43%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MG</b>					
<b>Grande</b>	<b>15,38%</b>	<b>46,15%</b>	<b>38,46%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>11,11%</b>	<b>22,22%</b>	<b>61,11%</b>	<b>5,56%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>16,59%</b>	<b>23,64%</b>	<b>32,73%</b>	<b>27,05%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RJ</b>					

<b>Grande</b>	<b>50,00%</b>	<b>40,00%</b>	<b>10,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>60,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>40,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>14,71%</b>	<b>11,76%</b>	<b>41,18%</b>	<b>32,35%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SP</b>					
<b>Grande</b>	<b>39,39%</b>	<b>51,52%</b>	<b>9,09%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>17,86%</b>	<b>39,29%</b>	<b>25,00%</b>	<b>17,86%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>11,11%</b>	<b>26,94%</b>	<b>33,00%</b>	<b>28,96%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SUL</b>					
<b>PR</b>					
<b>Grande</b>	<b>0,00%</b>	<b>42,86%</b>	<b>42,86%</b>	<b>14,29%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>0,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>2,75%</b>	<b>10,09%</b>	<b>28,44%</b>	<b>58,72%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RS</b>					
<b>Grande</b>	<b>12,50%</b>	<b>37,50%</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>0,00%</b>	<b>45,45%</b>	<b>27,27%</b>	<b>27,27%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>8,50%</b>	<b>14,98%</b>	<b>33,20%</b>	<b>43,32%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SC</b>					
<b>Grande</b>	<b>16,67%</b>	<b>83,33%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Médio</b>	<b>14,29%</b>	<b>42,86%</b>	<b>42,86%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pequeno</b>	<b>6,16%</b>	<b>20,55%</b>	<b>30,14%</b>	<b>43,15%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>25,00%</b>	<b>25,03%</b>	<b>24,97%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>

Tabela A-4. Distribuição por IDHM nos estados e regiões brasileiras de acordo com a Faixa de ICSAP por 10 mil hab.

IDHM	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.				Total Geral
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 124,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	
<b>CENTRO-OESTE</b>					
<b>GO</b>					
<b>ALTO</b>	<b>29,03%</b>	<b>12,90%</b>	<b>32,26%</b>	<b>25,81%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIO</b>	<b>31,37%</b>	<b>20,59%</b>	<b>16,67%</b>	<b>31,37%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXO</b>	<b>66,67%</b>	<b>33,33%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MS</b>					
<b>ALTO</b>	<b>14,29%</b>	<b>14,29%</b>	<b>42,86%</b>	<b>28,57%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIO</b>	<b>15,15%</b>	<b>18,18%</b>	<b>33,33%</b>	<b>33,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXO</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>75,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MT</b>					
<b>ALTO</b>	<b>36,36%</b>	<b>27,27%</b>	<b>27,27%</b>	<b>9,09%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIO</b>	<b>30,43%</b>	<b>27,54%</b>	<b>21,74%</b>	<b>20,29%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXO</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					

MÉDIO	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
BAIXO	73,61%	22,22%	4,17%	0,00%	100,00%
MUITO BAIXA	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>BA</b>					
MÉDIO	17,39%	29,35%	27,17%	26,09%	100,00%
BAIXO	34,45%	24,79%	23,53%	17,23%	100,00%
MUITO BAIXA	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>CE</b>					
MÉDIO	20,17%	34,45%	31,93%	13,45%	100,00%
BAIXO	23,91%	39,13%	28,26%	8,70%	100,00%
<b>MA</b>					
MÉDIO	0,00%	40,00%	0,00%	60,00%	100,00%
BAIXO	17,70%	12,39%	16,81%	53,10%	100,00%
MUITO BAIXA	0,00%	75,00%	0,00%	25,00%	100,00%
<b>PB</b>					
ALTO	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
MÉDIO	40,91%	34,09%	18,18%	6,82%	100,00%
BAIXO	65,15%	25,00%	6,06%	3,79%	100,00%
<b>PE</b>					
MÉDIO	25,58%	51,16%	20,93%	2,33%	100,00%
BAIXO	35,11%	45,74%	15,96%	3,19%	100,00%
MUITO BAIXA	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PI</b>					
MÉDIO	13,33%	33,33%	40,00%	13,33%	100,00%
BAIXO	33,05%	18,64%	22,03%	26,27%	100,00%
MUITO BAIXA	60,00%	40,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>RN</b>					
ALTO	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
MÉDIO	44,30%	36,71%	10,13%	8,86%	100,00%
BAIXO	70,15%	20,90%	4,48%	4,48%	100,00%
<b>SE</b>					
MÉDIO	62,50%	31,25%	0,00%	6,25%	100,00%
BAIXO	86,49%	5,41%	0,00%	8,11%	100,00%
<b>NORTE</b>					
<b>AC</b>					
ALTO	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
MÉDIO	20,00%	20,00%	20,00%	40,00%	100,00%
BAIXO	50,00%	30,00%	10,00%	10,00%	100,00%
MUITO BAIXA	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>AM</b>					
MÉDIO	16,67%	83,33%	0,00%	0,00%	100,00%

BAIXO	23,33%	33,33%	30,00%	13,33%	100,00%
MUITO BAIXA	57,14%	14,29%	28,57%	0,00%	100,00%
AP					
MÉDIO	55,56%	22,22%	22,22%	0,00%	100,00%
BAIXO	66,67%	0,00%	33,33%	0,00%	100,00%
PA					
MÉDIO	12,50%	37,50%	37,50%	12,50%	100,00%
BAIXO	18,67%	14,67%	28,00%	38,67%	100,00%
MUITO BAIXA	37,50%	12,50%	37,50%	12,50%	100,00%
RO					
ALTO	0,00%	40,00%	20,00%	40,00%	100,00%
MÉDIO	5,26%	10,53%	36,84%	47,37%	100,00%
BAIXO	22,22%	33,33%	11,11%	33,33%	100,00%
RR					
MÉDIO	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
BAIXO	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
MUITO BAIXA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
TO					
ALTO	33,33%	66,67%	0,00%	0,00%	100,00%
MÉDIO	33,33%	40,28%	18,06%	8,33%	100,00%
BAIXO	36,00%	36,00%	24,00%	4,00%	100,00%
SUDESTE					
ES					
ALTO	33,33%	50,00%	16,67%	0,00%	100,00%
MÉDIO	22,50%	27,50%	27,50%	22,50%	100,00%
MG					
ALTO	13,89%	19,44%	61,11%	5,56%	100,00%
MÉDIO	17,03%	25,00%	30,22%	27,75%	100,00%
BAIXO	14,08%	22,54%	39,44%	23,94%	100,00%
RJ					
ALTO	35,00%	20,00%	30,00%	15,00%	100,00%
MÉDIO	20,69%	13,79%	37,93%	27,59%	100,00%
SP					
ALTO	13,86%	28,05%	32,34%	25,74%	100,00%
MÉDIO	16,36%	41,82%	18,18%	23,64%	100,00%
SUL					
PR					
ALTO	2,30%	14,94%	26,44%	56,32%	100,00%
MÉDIO	2,82%	9,86%	29,58%	57,75%	100,00%
BAIXO	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
RS					
ALTO	8,74%	18,45%	33,98%	38,83%	100,00%
MÉDIO	8,02%	16,05%	32,72%	43,21%	100,00%

<b>BAIXO</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SC</b>					
<b>ALTO</b>	<b>6,73%</b>	<b>25,00%</b>	<b>33,65%</b>	<b>34,62%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIO</b>	<b>7,27%</b>	<b>21,82%</b>	<b>21,82%</b>	<b>49,09%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>25,00%</b>	<b>25,03%</b>	<b>24,97%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>

Tabela A-5. Distribuição por IVS nos estados e regiões brasileiras de acordo com a Faixa de ICSAP por 10 mil hab.

Distribuição por IVS nos estados e regiões brasileiras de acordo com a Faixa de ICSAP por 10 mil hab.					
	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.				
IVS	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 124,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	Total Geral
<b>CENTRO-OESTE</b>					
<b>GO</b>					
<b>ALTA</b>	<b>37,50%</b>	<b>31,25%</b>	<b>12,50%</b>	<b>18,75%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>38,81%</b>	<b>14,93%</b>	<b>17,91%</b>	<b>28,36%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>21,15%</b>	<b>21,15%</b>	<b>25,00%</b>	<b>32,69%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MUITO BAIXA</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MS</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>0,00%</b>	<b>42,86%</b>	<b>28,57%</b>	<b>28,57%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>13,64%</b>	<b>13,64%</b>	<b>31,82%</b>	<b>40,91%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>23,08%</b>	<b>7,69%</b>	<b>46,15%</b>	<b>23,08%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MT</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>20,00%</b>	<b>30,00%</b>	<b>20,00%</b>	<b>30,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>37,50%</b>	<b>18,75%</b>	<b>22,92%</b>	<b>20,83%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>26,09%</b>	<b>39,13%</b>	<b>21,74%</b>	<b>13,04%</b>	<b>100,00%</b>
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>82,14%</b>	<b>14,29%</b>	<b>3,57%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>42,86%</b>	<b>52,38%</b>	<b>4,76%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BA</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>41,67%</b>	<b>21,88%</b>	<b>21,88%</b>	<b>14,58%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>27,57%</b>	<b>27,03%</b>	<b>23,78%</b>	<b>21,62%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>16,33%</b>	<b>30,61%</b>	<b>30,61%</b>	<b>22,45%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>CE</b>					

<b>MUITO ALTA</b>	<b>30,00%</b>	<b>60,00%</b>	<b>6,67%</b>	<b>3,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>22,45%</b>	<b>34,69%</b>	<b>33,67%</b>	<b>9,18%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>11,11%</b>	<b>19,44%</b>	<b>41,67%</b>	<b>27,78%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MA</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>17,86%</b>	<b>16,07%</b>	<b>16,07%</b>	<b>50,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>0,00%</b>	<b>11,11%</b>	<b>11,11%</b>	<b>77,78%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>PB</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>76,47%</b>	<b>21,57%</b>	<b>1,96%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>57,83%</b>	<b>25,30%</b>	<b>9,64%</b>	<b>7,23%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>39,02%</b>	<b>39,02%</b>	<b>17,07%</b>	<b>4,88%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>PE</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>34,04%</b>	<b>46,81%</b>	<b>12,77%</b>	<b>6,38%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>33,77%</b>	<b>45,45%</b>	<b>19,48%</b>	<b>1,30%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>21,43%</b>	<b>57,14%</b>	<b>21,43%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>PI</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>32,73%</b>	<b>18,18%</b>	<b>23,64%</b>	<b>25,45%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>32,84%</b>	<b>22,39%</b>	<b>22,39%</b>	<b>22,39%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>26,67%</b>	<b>20,00%</b>	<b>26,67%</b>	<b>26,67%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RN</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>83,33%</b>	<b>16,67%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>63,64%</b>	<b>24,68%</b>	<b>5,19%</b>	<b>6,49%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>37,21%</b>	<b>41,86%</b>	<b>11,63%</b>	<b>9,30%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>22,22%</b>	<b>44,44%</b>	<b>22,22%</b>	<b>11,11%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SE</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>76,67%</b>	<b>10,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>13,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>73,33%</b>	<b>26,67%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>NORTE</b>					
<b>AC</b>					
<b>MUITO ALTA</b>	<b>50,00%</b>	<b>30,00%</b>	<b>10,00%</b>	<b>10,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>ALTA</b>	<b>33,33%</b>	<b>16,67%</b>	<b>16,67%</b>	<b>33,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>AM</b>					

MUITO ALTA	28,21%	33,33%	28,21%	10,26%	100,00%
ALTA	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>AP</b>					
MUITO ALTA	55,56%	11,11%	33,33%	0,00%	100,00%
ALTA	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
MÉDIA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>					
MUITO ALTA	18,75%	13,75%	31,25%	36,25%	100,00%
ALTA	16,67%	38,89%	27,78%	16,67%	100,00%
MÉDIA	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>RO</b>					
ALTA	25,00%	12,50%	25,00%	37,50%	100,00%
MÉDIA	6,67%	26,67%	26,67%	40,00%	100,00%
BAIXA	0,00%	20,00%	30,00%	50,00%	100,00%
<b>RR</b>					
MUITO ALTA	0,00%	50,00%	16,67%	33,33%	100,00%
ALTA	0,00%	33,33%	66,67%	0,00%	100,00%
MÉDIA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>TO</b>					
MUITO ALTA	47,37%	36,84%	10,53%	5,26%	100,00%
ALTA	36,84%	31,58%	26,32%	5,26%	100,00%
MÉDIA	27,50%	45,00%	17,50%	10,00%	100,00%
BAIXA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>SUDESTE</b>					
<b>ES</b>					
ALTA	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
MÉDIA	31,25%	31,25%	12,50%	25,00%	100,00%
BAIXA	20,69%	31,03%	34,48%	13,79%	100,00%
<b>MG</b>					
MUITO ALTA	20,00%	20,00%	30,00%	30,00%	100,00%
ALTA	18,05%	25,56%	31,58%	24,81%	100,00%
MÉDIA	15,98%	26,29%	32,99%	24,74%	100,00%
BAIXA	12,04%	21,30%	38,89%	27,78%	100,00%
MUITO BAIXA	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>RJ</b>					
ALTA	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%

<b>MÉDIA</b>	<b>30,77%</b>	<b>15,38%</b>	<b>38,46%</b>	<b>15,38%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>21,21%</b>	<b>18,18%</b>	<b>33,33%</b>	<b>27,27%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MUITO BAIXA</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SP</b>					
<b>ALTA</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>33,33%</b>	<b>66,67%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>17,35%</b>	<b>40,82%</b>	<b>13,27%</b>	<b>28,57%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>15,58%</b>	<b>29,15%</b>	<b>35,18%</b>	<b>20,10%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MUITO BAIXA</b>	<b>5,17%</b>	<b>17,24%</b>	<b>41,38%</b>	<b>36,21%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SUL</b>					
<b>PR</b>					
<b>ALTA</b>	<b>11,11%</b>	<b>22,22%</b>	<b>55,56%</b>	<b>11,11%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>3,06%</b>	<b>9,18%</b>	<b>30,61%</b>	<b>57,14%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>1,71%</b>	<b>11,97%</b>	<b>27,35%</b>	<b>58,97%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MUITO BAIXA</b>	<b>0,00%</b>	<b>22,22%</b>	<b>22,22%</b>	<b>55,56%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RS</b>					
<b>ALTA</b>	<b>16,67%</b>	<b>0,00%</b>	<b>33,33%</b>	<b>50,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>11,27%</b>	<b>18,31%</b>	<b>33,80%</b>	<b>36,62%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>7,45%</b>	<b>14,29%</b>	<b>32,92%</b>	<b>45,34%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MUITO BAIXA</b>	<b>3,57%</b>	<b>32,14%</b>	<b>35,71%</b>	<b>28,57%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SC</b>					
<b>ALTA</b>	<b>0,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>8,70%</b>	<b>26,09%</b>	<b>8,70%</b>	<b>56,52%</b>	<b>100,00%</b>
<b>BAIXA</b>	<b>5,15%</b>	<b>20,62%</b>	<b>29,90%</b>	<b>44,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MUITO BAIXA</b>	<b>11,43%</b>	<b>28,57%</b>	<b>42,86%</b>	<b>17,14%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>25,00%</b>	<b>25,03%</b>	<b>24,97%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>

Tabela A-6. Distribuição por Faixas de Renda per capita nos estados e regiões brasileiras de acordo Faixa de ICSAP por 10 mil hab.

<b>Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>					
<b>Faixas de média de Renda per capita</b>	<b><math>x \leq 52,89</math></b>	<b><math>52,89 &lt; x \leq 79,16</math></b>	<b><math>79,16 &lt; x \leq 124,24</math></b>	<b><math>1024,24 &lt; x \leq 1091,86</math></b>	<b>Total Geral</b>
<b>CENTRO-OESTE</b>					
<b>GO</b>					
<b><math>x &lt; 368,95</math></b>	<b>52,94%</b>	<b>11,76%</b>	<b>17,65%</b>	<b>17,65%</b>	<b>100,00%</b>

$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	32,39%	22,54%	19,72%	25,35%	100,00%
$x > 553,52$	22,92%	16,67%	20,83%	39,58%	100,00%
<b>MS</b>					
$x < 368,95$	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	12,50%	25,00%	25,00%	37,50%	100,00%
$x > 553,52$	18,75%	6,25%	50,00%	25,00%	100,00%
<b>MT</b>					
$x < 368,95$	27,27%	45,45%	9,09%	18,18%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	29,79%	25,53%	25,53%	19,15%	100,00%
$x > 553,52$	37,50%	20,83%	20,83%	20,83%	100,00%
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					
$x < 368,95$	72,37%	23,68%	3,95%	0,00%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>BA</b>					
$x < 368,95$	30,03%	25,24%	23,96%	20,77%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	29,41%	35,29%	35,29%	0,00%	100,00%
$x > 553,52$	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>CE</b>					
$x < 368,95$	21,52%	36,71%	30,38%	11,39%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	14,29%	14,29%	42,86%	28,57%	100,00%
<b>MA</b>					
$x < 368,95$	16,39%	15,57%	15,57%	52,46%	100,00%
<b>PB</b>					
$x < 368,95$	59,41%	26,47%	9,41%	4,71%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	62,50%	37,50%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PE</b>					
$x < 368,95$	33,86%	47,24%	15,75%	3,15%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	18,18%	45,45%	36,36%	0,00%	100,00%
<b>PI</b>					
$x < 368,95$	32,09%	20,90%	23,13%	23,88%	100,00%
$x \geq 368,95$ ou $x \leq 553,52$	33,33%	0,00%	33,33%	33,33%	100,00%
$x > 553,52$	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%

<b>RN</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>58,02%</b>	<b>28,24%</b>	<b>6,87%</b>	<b>6,87%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>40,00%</b>	<b>40,00%</b>	<b>13,33%</b>	<b>6,67%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SE</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>81,63%</b>	<b>10,20%</b>	<b>0,00%</b>	<b>8,16%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>50,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
<b>NORTE</b>					
<b>AC</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>46,67%</b>	<b>26,67%</b>	<b>13,33%</b>	<b>13,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>AM</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>28,57%</b>	<b>35,71%</b>	<b>26,19%</b>	<b>9,52%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
<b>AP</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>75,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>25,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
<b>PA</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>20,93%</b>	<b>15,12%</b>	<b>31,40%</b>	<b>32,56%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>8,33%</b>	<b>41,67%</b>	<b>16,67%</b>	<b>33,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RO</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>0,00%</b>	<b>33,33%</b>	<b>0,00%</b>	<b>66,67%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>12,50%</b>	<b>16,67%</b>	<b>29,17%</b>	<b>41,67%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>33,33%</b>	<b>33,33%</b>	<b>33,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RR</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>0,00%</b>	<b>55,56%</b>	<b>22,22%</b>	<b>22,22%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
<b>TO</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>38,75%</b>	<b>40,00%</b>	<b>17,50%</b>	<b>3,75%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>17,65%</b>	<b>35,29%</b>	<b>23,53%</b>	<b>23,53%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>66,67%</b>	<b>33,33%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>

<b>SUDESTE</b>					
<b>ES</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>0,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>25,71%</b>	<b>25,71%</b>	<b>25,71%</b>	<b>22,86%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>22,22%</b>	<b>44,44%</b>	<b>33,33%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MG</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>19,67%</b>	<b>25,94%</b>	<b>31,38%</b>	<b>23,01%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>13,33%</b>	<b>23,89%</b>	<b>32,22%</b>	<b>30,56%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>11,54%</b>	<b>17,31%</b>	<b>51,92%</b>	<b>19,23%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RJ</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>19,05%</b>	<b>19,05%</b>	<b>33,33%</b>	<b>28,57%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>33,33%</b>	<b>14,81%</b>	<b>33,33%</b>	<b>18,52%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SP</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>0,00%</b>	<b>40,00%</b>	<b>20,00%</b>	<b>40,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>9,91%</b>	<b>33,33%</b>	<b>31,53%</b>	<b>25,23%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>16,53%</b>	<b>28,51%</b>	<b>29,75%</b>	<b>25,21%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SUL</b>					
<b>PR</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>0,00%</b>	<b>8,33%</b>	<b>58,33%</b>	<b>33,33%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>2,44%</b>	<b>8,94%</b>	<b>27,64%</b>	<b>60,98%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>3,06%</b>	<b>15,31%</b>	<b>28,57%</b>	<b>53,06%</b>	<b>100,00%</b>
<b>RS</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>25,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>8,79%</b>	<b>13,19%</b>	<b>32,97%</b>	<b>45,05%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>7,60%</b>	<b>19,30%</b>	<b>33,33%</b>	<b>39,77%</b>	<b>100,00%</b>
<b>SC</b>					
<b>x&lt;368,95</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	<b>10,26%</b>	<b>20,51%</b>	<b>25,64%</b>	<b>43,59%</b>	<b>100,00%</b>
<b>x&gt;553,52</b>	<b>5,88%</b>	<b>24,37%</b>	<b>31,09%</b>	<b>38,66%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>25,00%</b>	<b>25,03%</b>	<b>24,97%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>

Tabela A-7. Distribuição por grupo de homogeneidade IDSUS (2011) nos estados e regiões brasileiras de acordo com acordo de ICSAP por 10 mil hab.

IDSUS (2011)	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.				Total Geral
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	
<b>CENTRO-OESTE</b>					
<b>GO</b>					
<b>GH2</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	40,00%	20,00%	20,00%	20,00%	100,00%
<b>GH4</b>	33,33%	33,33%	16,67%	16,67%	100,00%
<b>GH5</b>	24,10%	19,28%	20,48%	36,14%	100,00%
<b>GH6</b>	43,90%	17,07%	19,51%	19,51%	100,00%
<b>MS</b>					
<b>GH3</b>	16,67%	16,67%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%	100,00%
<b>GH5</b>	18,52%	18,52%	33,33%	29,63%	100,00%
<b>GH6</b>	0,00%	12,50%	37,50%	50,00%	100,00%
<b>MT</b>					
<b>GH3</b>	25,00%	33,33%	25,00%	16,67%	100,00%
<b>GH4</b>	25,00%	0,00%	75,00%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	33,33%	21,57%	21,57%	23,53%	100,00%
<b>GH6</b>	33,33%	46,67%	6,67%	13,33%	100,00%
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					
<b>GH2</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	50,00%	42,86%	7,14%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	76,19%	20,63%	3,17%	0,00%	100,00%
<b>BA</b>					
<b>GH2</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	14,46%	25,30%	38,55%	21,69%	100,00%
<b>GH5</b>	20,00%	20,00%	20,00%	40,00%	100,00%
<b>GH6</b>	35,98%	25,10%	20,08%	18,83%	100,00%
<b>CE</b>					
<b>GH4</b>	13,73%	25,49%	33,33%	27,45%	100,00%
<b>GH6</b>	24,56%	40,35%	29,82%	5,26%	100,00%
<b>MA</b>					
<b>GH4</b>	11,76%	17,65%	23,53%	47,06%	100,00%
<b>GH5</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%

<b>GH6</b>	18,39%	14,94%	12,64%	54,02%	100,00%
<b>PB</b>					
<b>GH4</b>	57,14%	28,57%	4,76%	9,52%	100,00%
<b>GH6</b>	59,87%	26,75%	9,55%	3,82%	100,00%
<b>PE</b>					
<b>GH2</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	20,69%	48,28%	24,14%	6,90%	100,00%
<b>GH5</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	34,58%	47,66%	15,89%	1,87%	100,00%
<b>PI</b>					
<b>GH4</b>	11,76%	17,65%	23,53%	47,06%	100,00%
<b>GH5</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	34,17%	21,67%	23,33%	20,83%	100,00%
<b>RN</b>					
<b>GH3</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>GH4</b>	36,84%	42,11%	10,53%	10,53%	100,00%
<b>GH5</b>	60,00%	40,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	59,02%	27,87%	7,38%	5,74%	100,00%
<b>SE</b>					
<b>GH4</b>	50,00%	33,33%	0,00%	16,67%	100,00%
<b>GH5</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	82,22%	11,11%	0,00%	6,67%	100,00%
<b>NORTE</b>					
<b>AC</b>					
<b>GH2</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>GH5</b>	33,33%	33,33%	16,67%	16,67%	100,00%
<b>GH6</b>	71,43%	14,29%	0,00%	14,29%	100,00%
<b>AM</b>					
<b>GH4</b>	12,50%	62,50%	25,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	31,43%	31,43%	25,71%	11,43%	100,00%
<b>AP</b>					
<b>GH4</b>	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	66,67%	11,11%	22,22%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>					
<b>GH3</b>	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	11,63%	27,91%	27,91%	32,56%	100,00%

<b>GH6</b>	24,07%	9,26%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>RO</b>					
<b>GH3</b>	0,00%	25,00%	37,50%	37,50%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%	100,00%
<b>GH5</b>	10,00%	30,00%	0,00%	60,00%	100,00%
<b>GH6</b>	16,67%	16,67%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>RR</b>					
<b>GH6</b>	0,00%	50,00%	30,00%	20,00%	100,00%
<b>TO</b>					
<b>GH2</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	50,00%	25,00%	25,00%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	25,00%	41,67%	16,67%	16,67%	100,00%
<b>GH6</b>	35,37%	39,02%	19,51%	6,10%	100,00%
<b>SUDESTE</b>					
<b>ES</b>					
<b>GH3</b>	14,29%	28,57%	42,86%	14,29%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	0,00%	57,14%	42,86%	100,00%
<b>GH5</b>	36,84%	36,84%	15,79%	10,53%	100,00%
<b>GH6</b>	23,08%	38,46%	15,38%	23,08%	100,00%
<b>MG</b>					
<b>GH2</b>	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	2,86%	28,57%	57,14%	11,43%	100,00%
<b>GH4</b>	6,12%	12,24%	26,53%	55,10%	100,00%
<b>GH5</b>	22,67%	21,33%	38,67%	17,33%	100,00%
<b>GH6</b>	17,80%	26,21%	31,39%	24,60%	100,00%
<b>RJ</b>					
<b>GH3</b>	38,10%	14,29%	33,33%	14,29%	100,00%
<b>GH4</b>	14,29%	28,57%	42,86%	14,29%	100,00%
<b>GH5</b>	21,05%	10,53%	31,58%	36,84%	100,00%
<b>GH6</b>	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>SP</b>					
<b>GH2</b>	25,00%	25,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	16,49%	29,90%	26,80%	26,80%	100,00%
<b>GH4</b>	25,00%	25,00%	0,00%	50,00%	100,00%
<b>GH5</b>	12,72%	29,39%	32,89%	25,00%	100,00%
<b>GH6</b>	16,00%	40,00%	20,00%	24,00%	100,00%
<b>SUL</b>					

PR					
<b>GH2</b>	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>GH3</b>	3,33%	10,00%	33,33%	53,33%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	50,00%	25,00%	25,00%	100,00%
<b>GH5</b>	2,08%	9,72%	27,78%	60,42%	100,00%
<b>GH6</b>	4,17%	10,42%	33,33%	52,08%	100,00%
RS					
<b>GH2</b>	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	5,26%	23,68%	39,47%	31,58%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%	100,00%
<b>GH5</b>	9,66%	16,91%	30,92%	42,51%	100,00%
<b>GH6</b>	0,00%	0,00%	43,75%	56,25%	100,00%
SC					
<b>GH2</b>	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	5,00%	20,00%	55,00%	20,00%	100,00%
<b>GH5</b>	6,82%	23,48%	26,52%	43,18%	100,00%
<b>GH6</b>	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%	100,00%
<b>Total Geral</b>	25,00%	25,03%	24,97%	25,00%	100,00%

Tabela A-8. Distribuição por faixa de taxa de cobertura populacional da APS (2020) nos estados e regiões brasileiras de acordo com a Faixa de ICSAP por 10 mil hab.

Faixas de Taxa de Cobertura da APS (2020)	Faixa de ICSAP por 10 mil hab.				Total Geral
	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	
CENTRO-OESTE					
GO					
>75%	29,60%	18,40%	20,80%	31,20%	100,00%
50% < x ≤ 75%	16,67%	50,00%	16,67%	16,67%	100,00%
24 < x ≤ 50%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
≤24%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
MS					
>75%	16,22%	18,92%	27,03%	37,84%	100,00%
50% < x ≤ 75%	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	100,00%
24 < x ≤ 50%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	100,00%
≤24%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
MT					
>75%	28,13%	26,56%	28,13%	17,19%	100,00%
50% < x ≤ 75%	50,00%	21,43%	0,00%	28,57%	100,00%

24<x≥50%	25,00%	50,00%	0,00%	25,00%	100,00%
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					
>75%	70,51%	25,64%	3,85%	0,00%	100,00%
<b>BA</b>					
>75%	30,45%	26,28%	23,08%	20,19%	100,00%
50%<x≤75%	23,53%	23,53%	41,18%	11,76%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>CE</b>					
>75%	21,60%	35,19%	30,86%	12,35%	100,00%
50%<x≤75%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
≤24%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>MA</b>					
>75%	16,38%	14,66%	16,38%	52,59%	100,00%
50%<x≤75%	25,00%	25,00%	0,00%	50,00%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%
<b>PB</b>					
>75%	60,00%	26,86%	8,57%	4,57%	100,00%
50%<x≤75%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
≤24%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>PE</b>					
>75%	31,78%	48,84%	17,05%	2,33%	100,00%
50%<x≤75%	50,00%	12,50%	25,00%	12,50%	100,00%
≤24%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PI</b>					
>75%	31,85%	21,48%	22,22%	24,44%	100,00%
50%<x≤75%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
≤24%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>RN</b>					
>75%	55,94%	30,07%	6,99%	6,99%	100,00%
50%<x≤75%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
≤24%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>SE</b>					
>75%	78,85%	13,46%	0,00%	7,69%	100,00%
50%<x≤75%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>NORTE</b>					

<b>AC</b>					
>75%	46,67%	20,00%	13,33%	20,00%	100,00%
50%<x≤75%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>AM</b>					
>75%	27,78%	38,89%	25,00%	8,33%	100,00%
50%<x≤75%	28,57%	28,57%	28,57%	14,29%	100,00%
<b>AP</b>					
>75%	66,67%	11,11%	22,22%	0,00%	100,00%
50%<x≤75%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>					
>75%	24,44%	17,78%	28,89%	28,89%	100,00%
50%<x≤75%	9,38%	21,88%	37,50%	31,25%	100,00%
24<x≥50%	23,81%	14,29%	23,81%	38,10%	100,00%
≤24%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>RO</b>					
>75%	8,70%	21,74%	17,39%	52,17%	100,00%
50%<x≤75%	16,67%	16,67%	50,00%	16,67%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	33,33%	66,67%	0,00%	100,00%
≤24%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>RR</b>					
>75%	0,00%	50,00%	30,00%	20,00%	100,00%
<b>TO</b>					
>75%	32,63%	40,00%	20,00%	7,37%	100,00%
50%<x≤75%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
≤24%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>SUDESTE</b>					
<b>ES</b>					
>75%	20,00%	32,50%	27,50%	20,00%	100,00%
50%<x≤75%	50,00%	25,00%	25,00%	0,00%	100,00%
24<x≥50%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
≤24%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>MG</b>					
>75%	16,55%	24,16%	34,00%	25,28%	100,00%
50%<x≤75%	18,75%	18,75%	31,25%	31,25%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	40,00%	60,00%	0,00%	100,00%
≤24%	0,00%	33,33%	0,00%	66,67%	100,00%
<b>RJ</b>					

>75%	18,18%	15,15%	39,39%	27,27%	100,00%
50%<x≤75%	66,67%	11,11%	11,11%	11,11%	100,00%
24<x≥50%	14,29%	28,57%	42,86%	14,29%	100,00%
<b>SP</b>					
>75%	9,87%	27,47%	35,19%	27,47%	100,00%
50%<x≤75%	21,88%	43,75%	15,63%	18,75%	100,00%
24<x≥50%	29,17%	29,17%	20,83%	20,83%	100,00%
≤24%	0,00%	15,38%	46,15%	38,46%	100,00%
<b>SUL</b>					
<b>PR</b>					
>75%	2,01%	11,56%	28,14%	58,29%	100,00%
50%<x≤75%	5,00%	20,00%	35,00%	40,00%	100,00%
24<x≥50%	12,50%	0,00%	50,00%	37,50%	100,00%
≤24%	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%	100,00%
<b>RS</b>					
>75%	7,62%	15,71%	32,86%	43,81%	100,00%
50%<x≤75%	7,14%	21,43%	42,86%	28,57%	100,00%
24<x≥50%	9,09%	36,36%	36,36%	18,18%	100,00%
≤24%	17,65%	11,76%	23,53%	47,06%	100,00%
<b>SC</b>					
>75%	7,80%	24,11%	30,50%	37,59%	100,00%
50%<x≤75%	0,00%	28,57%	42,86%	28,57%	100,00%
24<x≥50%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
≤24%	0,00%	20,00%	10,00%	70,00%	100,00%
<b>Total Geral</b>	25,00%	25,03%	24,97%	25,00%	100,00%

Tabela A-9. Distribuição por faixa de taxa de profissional farmacêutico por 10mil hab. nos estados e regiões brasileiras de acordo com a Faixa de ICSAP por 10 mil hab.

<b>Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>					
Faixa de taxa de profissional farmacêutico por 10mil hab.	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 1024,24$	$1024,24 < x \leq 1091,862877$	Total Geral
<b>CENTRO-OESTE</b>					
<b>GO</b>					
> 5	28,00%	14,00%	16,00%	42,00%	100,00 %
1<X ≤5	36,36%	22,73%	22,73%	18,18%	100,00 %

≤1	25,00%	20,00%	20,00%	35,00%	100,00%
<b>MS</b>					
> 5	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%	100,00%
1<X ≤5	11,76%	17,65%	29,41%	41,18%	100,00%
≤1	14,29%	0,00%	57,14%	28,57%	100,00%
<b>MT</b>					
> 5	23,53%	29,41%	23,53%	23,53%	100,00%
1<X ≤5	29,63%	29,63%	24,07%	16,67%	100,00%
≤1	54,55%	9,09%	9,09%	27,27%	100,00%
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					
> 5	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
1<X ≤5	70,69%	25,86%	3,45%	0,00%	100,00%
≤1	75,00%	18,75%	6,25%	0,00%	100,00%
<b>BA</b>					
> 5	14,29%	28,57%	42,86%	14,29%	100,00%
1<X ≤5	31,53%	26,60%	23,15%	18,72%	100,00%
≤1	28,10%	24,79%	25,62%	21,49%	100,00%
<b>CE</b>					
> 5	25,00%	12,50%	62,50%	0,00%	100,00%
1<X ≤5	15,65%	37,39%	31,30%	15,65%	100,00%
≤1	35,71%	35,71%	23,81%	4,76%	100,00%
<b>MA</b>					
> 5	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
1<X ≤5	12,12%	15,15%	13,64%	59,09%	100,00%
≤1	22,22%	16,67%	18,52%	42,59%	100,00%

<b>PB</b>					
> 5	66,67%	19,44%	8,33%	5,56%	100,00%
1<X ≤5	66,67%	22,22%	9,09%	2,02%	100,00%
≤1	37,21%	44,19%	9,30%	9,30%	100,00%
<b>PE</b>					
> 5	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
1<X ≤5	28,05%	47,56%	23,17%	1,22%	100,00%
≤1	40,38%	48,08%	7,69%	3,85%	100,00%
<b>PI</b>					
> 5	14,29%	14,29%	71,43%	0,00%	100,00%
1<X ≤5	27,78%	19,44%	22,22%	30,56%	100,00%
≤1	34,74%	22,11%	20,00%	23,16%	100,00%
<b>RN</b>					
> 5	40,00%	40,00%	6,67%	13,33%	100,00%
1<X ≤5	56,25%	29,69%	6,25%	7,81%	100,00%
≤1	58,82%	27,94%	8,82%	4,41%	100,00%
<b>SE</b>					
> 5	40,00%	40,00%	0,00%	20,00%	100,00%
1<X ≤5	86,67%	6,67%	0,00%	6,67%	100,00%
≤1	77,78%	16,67%	0,00%	5,56%	100,00%
<b>NORTE</b>					
<b>AC</b>					
1<X ≤5	37,50%	12,50%	25,00%	25,00%	100,00%
≤1	55,56%	33,33%	0,00%	11,11%	100,00%
<b>AM</b>					
1<X ≤5	25,93%	40,74%	25,93%	7,41%	100,00%

$\leq 1$	31,25%	31,25%	25,00%	12,50%	100,00%
<b>AP</b>					
$1 < X \leq 5$	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
$\leq 1$	28,57%	28,57%	42,86%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>					
$> 5$	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
$1 < X \leq 5$	19,51%	14,63%	31,71%	34,15%	100,00%
$\leq 1$	19,64%	21,43%	30,36%	28,57%	100,00%
<b>RO</b>					
$> 5$	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	100,00%
$1 < X \leq 5$	7,41%	22,22%	29,63%	40,74%	100,00%
$\leq 1$	33,33%	0,00%	0,00%	66,67%	100,00%
<b>RR</b>					
$> 5$	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
$1 < X \leq 5$	0,00%	28,57%	42,86%	28,57%	100,00%
$\leq 1$	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>TO</b>					
$> 5$	36,11%	30,56%	22,22%	11,11%	100,00%
$1 < X \leq 5$	32,61%	43,48%	17,39%	6,52%	100,00%
$\leq 1$	33,33%	50,00%	16,67%	0,00%	100,00%
<b>SUDESTE</b>					
<b>ES</b>					
$> 5$	33,33%	22,22%	11,11%	33,33%	100,00%
$1 < X \leq 5$	18,75%	37,50%	28,13%	15,63%	100,00%
$\leq 1$	40,00%	0,00%	40,00%	20,00%	100,00%
<b>MG</b>					

> 5	14,61%	16,85%	37,08%	31,46%	100,00%
1<X ≤5	18,57%	22,50%	31,79%	27,14%	100,00%
≤1	11,76%	35,29%	37,25%	15,69%	100,00%
<b>RJ</b>					
> 5	0,00%	16,67%	16,67%	66,67%	100,00%
1<X ≤5	31,58%	13,16%	36,84%	18,42%	100,00%
≤1	20,00%	40,00%	40,00%	0,00%	100,00%
<b>SP</b>					
> 5	3,13%	23,96%	40,63%	32,29%	100,00%
1<X ≤5	16,38%	33,19%	27,16%	23,28%	100,00%
≤1	33,33%	26,67%	20,00%	20,00%	100,00%
<b>SUL</b>					
<b>PR</b>					
> 5	2,38%	4,76%	26,19%	66,67%	100,00%
1<X ≤5	4,40%	14,29%	28,57%	52,75%	100,00%
≤1	1,00%	12,00%	32,00%	55,00%	100,00%
<b>RS</b>					
> 5	4,04%	15,15%	32,32%	48,48%	100,00%
1<X ≤5	10,68%	22,33%	30,10%	36,89%	100,00%
≤1	10,94%	10,94%	40,63%	37,50%	100,00%
<b>SC</b>					
> 5	5,08%	16,95%	27,12%	50,85%	100,00%
1<X ≤5	9,76%	28,05%	32,93%	29,27%	100,00%
≤1	0,00%	27,78%	22,22%	50,00%	100,00%
<b>Total Geral</b>	25,00%	25,03%	24,97%	25,00%	100,00%

Tabela A-10. Distribuição por faixa de taxa de estabelecimento APS com farmacêutico por 10mil hab. nos estados e regiões brasileiras de acordo com a Faixa de ICSAP por 10 mil hab.

<b>Faixa de ICSAP por 10 mil hab.</b>					
<b>Faixa de Taxa de estabelecimento APS com farmacêutico</b>	$x \leq 52,89$	$52,89 < x \leq 79,16$	$79,16 < x \leq 124,24$	$1024,24 < x \leq 1091,86$	<b>Total Geral</b>
<b>CENTRO-OESTE</b>					
<b>GO</b>					
<b>X&gt;3</b>	29,41%	17,65%	11,76%	41,18%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	37,50%	16,07%	23,21%	23,21%	100,00%
<b>X≤1</b>	26,09%	23,91%	21,74%	28,26%	100,00%
<b>MS</b>					
<b>X&gt;3</b>	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	17,65%	5,88%	29,41%	47,06%	100,00%
<b>X≤1</b>	8,33%	20,83%	37,50%	33,33%	100,00%
<b>MT</b>					
<b>X&gt;3</b>	16,67%	41,67%	25,00%	16,67%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	34,48%	24,14%	17,24%	24,14%	100,00%
<b>X≤1</b>	34,15%	24,39%	24,39%	17,07%	100,00%
<b>NORDESTE</b>					
<b>AL</b>					
<b>X&gt;3</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	64,52%	29,03%	6,45%	0,00%	100,00%
<b>X≤1</b>	73,91%	23,91%	2,17%	0,00%	100,00%
<b>BA</b>					
<b>X&gt;3</b>	50,00%	0,00%	16,67%	33,33%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	36,99%	20,55%	16,44%	26,03%	100,00%
<b>X≤1</b>	27,38%	28,17%	26,98%	17,46%	100,00%
<b>CE</b>					
<b>X&gt;3</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	31,82%	22,73%	40,91%	4,55%	100,00%
<b>X≤1</b>	19,72%	38,03%	28,87%	13,38%	100,00%
<b>MA</b>					
<b>X&gt;3</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	20,69%	17,24%	10,34%	51,72%	100,00%
<b>X≤1</b>	15,22%	15,22%	17,39%	52,17%	100,00%
<b>PB</b>					
<b>X&gt;3</b>	61,54%	19,23%	11,54%	7,69%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	62,37%	26,88%	7,53%	3,23%	100,00%
<b>X≤1</b>	54,24%	30,51%	10,17%	5,08%	100,00%

<b>PE</b>					
<b>X&gt;3</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	20,00%	50,00%	30,00%	0,00%	100,00%
<b>X≤1</b>	35,04%	47,01%	15,38%	2,56%	100,00%
<b>PI</b>					
<b>X&gt;3</b>	28,57%	14,29%	28,57%	28,57%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	34,12%	22,35%	21,18%	22,35%	100,00%
<b>X≤1</b>	28,13%	21,88%	25,00%	25,00%	100,00%
<b>RN</b>					
<b>X&gt;3</b>	43,48%	34,78%	8,70%	13,04%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	53,85%	30,77%	9,23%	6,15%	100,00%
<b>X≤1</b>	62,71%	27,12%	5,08%	5,08%	100,00%
<b>SE</b>					
<b>X&gt;3</b>	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	72,22%	16,67%	0,00%	11,11%	100,00%
<b>X≤1</b>	84,85%	9,09%	0,00%	6,06%	100,00%
<b>NORTE</b>					
<b>AC</b>					
<b>1&lt;X≤3</b>	57,14%	28,57%	0,00%	14,29%	100,00%
<b>X≤1</b>	40,00%	20,00%	20,00%	20,00%	100,00%
<b>AM</b>					
<b>X&gt;3</b>	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%	100,00%
<b>X≤1</b>	27,78%	36,11%	27,78%	8,33%	100,00%
<b>AP</b>					
<b>X&gt;3</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	60,00%	20,00%	20,00%	0,00%	100,00%
<b>X≤1</b>	50,00%	16,67%	33,33%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>					
<b>X&gt;3</b>	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	22,22%	11,11%	22,22%	44,44%	100,00%
<b>X≤1</b>	19,32%	19,32%	30,68%	30,68%	100,00%
<b>RO</b>					
<b>X&gt;3</b>	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	9,09%	27,27%	18,18%	45,45%	100,00%
<b>X≤1</b>	10,00%	15,00%	35,00%	40,00%	100,00%
<b>RR</b>					
<b>1&lt;X≤3</b>	0,00%	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%

<b>X≤1</b>	0,00%	42,86%	28,57%	28,57%	100,00%
<b>TO</b>					
<b>X&gt;3</b>	40,00%	36,67%	16,67%	6,67%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	29,31%	43,10%	18,97%	8,62%	100,00%
<b>X≤1</b>	41,67%	33,33%	25,00%	0,00%	100,00%
<b>SUDESTE</b>					
<b>ES</b>					
<b>X&gt;3</b>	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	12,50%	37,50%	25,00%	25,00%	100,00%
<b>X≤1</b>	25,93%	25,93%	29,63%	18,52%	100,00%
<b>MG</b>					
<b>X&gt;3</b>	13,56%	18,64%	40,68%	27,12%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	17,90%	28,82%	34,06%	19,21%	100,00%
<b>X≤1</b>	15,30%	20,22%	31,69%	32,79%	100,00%
<b>RJ</b>					
<b>X&gt;3</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	0,00%	25,00%	41,67%	33,33%	100,00%
<b>X≤1</b>	36,11%	13,89%	33,33%	16,67%	100,00%
<b>SP</b>					
<b>X&gt;3</b>	2,53%	21,52%	35,44%	40,51%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	9,72%	32,64%	33,33%	24,31%	100,00%
<b>X≤1</b>	25,93%	32,59%	23,70%	17,78%	100,00%
<b>SUL</b>					
<b>PR</b>					
<b>X&gt;3</b>	1,67%	3,33%	26,67%	68,33%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	1,08%	16,13%	31,18%	51,61%	100,00%
<b>X≤1</b>	5,00%	12,50%	30,00%	52,50%	100,00%
<b>RS</b>					
<b>X&gt;3</b>	6,60%	13,21%	32,08%	48,11%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	11,96%	13,04%	30,43%	44,57%	100,00%
<b>X≤1</b>	5,88%	27,94%	39,71%	26,47%	100,00%
<b>SC</b>					
<b>X&gt;3</b>	7,27%	18,18%	23,64%	50,91%	100,00%
<b>1&lt;X≤3</b>	3,70%	18,52%	31,48%	46,30%	100,00%
<b>X≤1</b>	10,00%	36,00%	34,00%	20,00%	100,00%
<b>Total Geral</b>	25,00%	25,03%	24,97%	25,00%	100,00%

**Apêndice B – Dados referentes aos dados socioeconômicos, Sistema de Saúde e AF municipal com base na regularidade de recebimento.**

Tabela B-1. Distribuição por porte populacional (2010) nos estados e regiões brasileiras de acordo com acordo com a regularidade de recebimento do recurso custeio QUALIFAR-SUS - 2012-2021.

	Regularidade de recebimento					
Porte populacional (2010)	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>CENTRO-OESTE</b>						
<b>GO</b>						
Grande	0,00%	50,00%	25,00%	0,00%	25,00%	100,00%
Médio	20,00%	40,00%	20,00%	20,00%	0,00%	100,00%
Pequeno	22,83%	25,20%	20,47%	20,47%	11,02%	100,00%
<b>MS</b>						
Grande	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médio	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Pequeno	21,43%	28,57%	33,33%	9,52%	7,14%	100,00%
<b>MT</b>						
Grande	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médio	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
Pequeno	19,74%	18,42%	32,89%	10,53%	18,42%	100,00%
<b>NORDESTE</b>						
<b>AL</b>						
Grande	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médio	0,00%	0,00%	50,00%	25,00%	25,00%	100,00%
Pequeno	5,48%	10,96%	10,96%	30,14%	42,47%	100,00%
<b>BA</b>						
Grande	14,29%	14,29%	28,57%	14,29%	28,57%	100,00%
Médio	22,22%	5,56%	22,22%	27,78%	22,22%	100,00%
Pequeno	23,86%	18,30%	18,30%	19,93%	19,61%	100,00%
<b>CE</b>						
Grande	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%	100,00%
Médio	4,35%	8,70%	4,35%	30,43%	52,17%	100,00%
Pequeno	0,72%	10,07%	15,11%	15,83%	58,27%	100,00%
<b>MA</b>						
Grande	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médio	50,00%	16,67%	0,00%	33,33%	0,00%	100,00%
Pequeno	57,02%	30,70%	6,14%	4,39%	1,75%	100,00%
<b>PB</b>						
Grande	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médio	33,33%	0,00%	0,00%	66,67%	0,00%	100,00%
Pequeno	11,56%	10,98%	21,97%	26,59%	28,90%	100,00%
<b>PE</b>						
Grande	0,00%	40,00%	40,00%	20,00%	0,00%	100,00%
Médio	25,00%	18,75%	18,75%	25,00%	12,50%	100,00%
Pequeno	9,40%	12,82%	27,35%	19,66%	30,77%	100,00%
<b>PI</b>						
Grande	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médio	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%

<b>Pequeno</b>	34,81%	28,15%	21,48%	11,11%	4,44%	100,00%
<b>RN</b>						
<b>Médio</b>	20,00%	20,00%	20,00%	0,00%	40,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	4,23%	9,15%	14,08%	35,92%	36,62%	100,00%
<b>SE</b>						
<b>Grande</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Médio</b>	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>Pequeno</b>	14,29%	14,29%	18,37%	24,49%	28,57%	100,00%
<b>NORTE</b>						
<b>AC</b>						
<b>Grande</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	50,00%	25,00%	6,25%	12,50%	6,25%	100,00%
<b>AM</b>						
<b>Grande</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Médio</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	66,67%	17,95%	10,26%	0,00%	5,13%	100,00%
<b>AP</b>						
<b>Grande</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	81,82%	9,09%	9,09%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>						
<b>Grande</b>	33,33%	66,67%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Médio</b>	50,00%	16,67%	12,50%	12,50%	8,33%	100,00%
<b>Pequeno</b>	43,06%	27,78%	9,72%	8,33%	11,11%	100,00%
<b>RO</b>						
<b>Grande</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Médio</b>	25,00%	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	17,86%	14,29%	35,71%	17,86%	14,29%	100,00%
<b>RR</b>						
<b>Pequeno</b>	40,00%	50,00%	10,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>TO</b>						
<b>Grande</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Médio</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	5,10%	11,22%	32,65%	22,45%	28,57%	100,00%
<b>SUDESTE</b>						
<b>ES</b>						
<b>Grande</b>	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Médio</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	28,57%	9,52%	33,33%	9,52%	19,05%	100,00%
<b>MG</b>						
<b>Grande</b>	0,00%	0,00%	46,15%	23,08%	30,77%	100,00%
<b>Médio</b>	0,00%	5,56%	27,78%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>Pequeno</b>	2,73%	3,41%	37,73%	34,09%	22,05%	100,00%
<b>RJ</b>						
<b>Grande</b>	60,00%	10,00%	0,00%	10,00%	20,00%	100,00%
<b>Médio</b>	60,00%	20,00%	20,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	26,47%	20,59%	14,71%	23,53%	14,71%	100,00%

SP						
<b>Grande</b>	27,27%	36,36%	18,18%	9,09%	9,09%	100,00%
<b>Médio</b>	32,14%	17,86%	14,29%	14,29%	21,43%	100,00%
<b>Pequeno</b>	20,88%	24,58%	29,97%	12,12%	12,46%	100,00%
SUL						
PR						
<b>Grande</b>	42,86%	28,57%	28,57%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Médio</b>	12,50%	50,00%	0,00%	12,50%	25,00%	100,00%
<b>Pequeno</b>	23,85%	21,56%	17,89%	18,35%	18,35%	100,00%
RS						
<b>Grande</b>	12,50%	25,00%	25,00%	25,00%	12,50%	100,00%
<b>Médio</b>	18,18%	27,27%	18,18%	18,18%	18,18%	100,00%
<b>Pequeno</b>	19,43%	23,48%	28,34%	19,03%	9,72%	100,00%
SC						
<b>Grande</b>	33,33%	16,67%	33,33%	0,00%	16,67%	100,00%
<b>Médio</b>	28,57%	28,57%	28,57%	0,00%	14,29%	100,00%
<b>Pequeno</b>	17,12%	21,23%	27,40%	19,86%	14,38%	100,00%

Tabela B-2. Distribuição por IDHM (2016) nos estados e regiões brasileiras de acordo com a regularidade de recebimento do recurso custeio QUALIFAR-SUS - 2012-2021

IDHM	Regularidade de recebimento					Total Geral
	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	
CENTRO-OESTE						
GO						
<b>ALTO</b>	22,58%	19,35%	32,26%	19,35%	6,45%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	22,55%	29,41%	15,69%	19,61%	12,75%	100,00%
<b>BAIXO</b>	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%
MS						
<b>ALTO</b>	28,57%	0,00%	57,14%	14,29%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	21,21%	33,33%	33,33%	6,06%	6,06%	100,00%
<b>BAIXO</b>	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
MT						
<b>ALTO</b>	18,18%	18,18%	45,45%	9,09%	9,09%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	18,84%	20,29%	28,99%	11,59%	20,29%	100,00%
<b>BAIXO</b>	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
NORDESTE						
AL						
<b>MÉDIO</b>	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
<b>BAIXO</b>	5,56%	11,11%	12,50%	29,17%	41,67%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	100,00%
BA						
<b>MÉDIO</b>	25,00%	11,96%	25,00%	17,39%	20,65%	100,00%
<b>BAIXO</b>	23,11%	19,75%	15,97%	21,43%	19,75%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
CE						
<b>MÉDIO</b>	0,84%	8,40%	12,61%	21,01%	57,14%	100,00%

<b>BAIXO</b>	2,17%	15,22%	17,39%	10,87%	54,35%	100,00%
<b>MA</b>						
<b>MÉDIO</b>	80,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>BAIXO</b>	53,98%	32,74%	5,31%	6,19%	1,77%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PB</b>						
<b>ALTO</b>	0,00%	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	13,64%	9,09%	9,09%	31,82%	36,36%	100,00%
<b>BAIXO</b>	12,12%	11,36%	25,76%	25,76%	25,00%	100,00%
<b>PE</b>						
<b>MÉDIO</b>	6,98%	13,95%	25,58%	16,28%	37,21%	100,00%
<b>BAIXO</b>	12,77%	14,89%	27,66%	21,28%	23,40%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>PI</b>						
<b>MÉDIO</b>	33,33%	20,00%	33,33%	6,67%	6,67%	100,00%
<b>BAIXO</b>	34,75%	28,81%	21,19%	11,02%	4,24%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	60,00%	20,00%	0,00%	20,00%	0,00%	100,00%
<b>RN</b>						
<b>ALTO</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	3,80%	5,06%	10,13%	31,65%	49,37%	100,00%
<b>BAIXO</b>	5,97%	14,93%	19,40%	38,81%	20,90%	100,00%
<b>SE</b>						
<b>MÉDIO</b>	12,50%	12,50%	25,00%	18,75%	31,25%	100,00%
<b>BAIXO</b>	13,51%	13,51%	18,92%	27,03%	27,03%	100,00%
<b>NORTE</b>						
<b>AC</b>						
<b>ALTO</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	40,00%	0,00%	20,00%	20,00%	20,00%	100,00%
<b>BAIXO</b>	50,00%	40,00%	0,00%	10,00%	0,00%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>AM</b>						
<b>MÉDIO</b>	50,00%	33,33%	0,00%	0,00%	16,67%	100,00%
<b>BAIXO</b>	70,00%	13,33%	13,33%	0,00%	3,33%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	85,71%	14,29%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>AP</b>						
<b>MÉDIO</b>	88,89%	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>BAIXO</b>	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>						
<b>BAIXO</b>	42,67%	28,00%	12,00%	9,33%	8,00%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	31,25%	25,00%	6,25%	12,50%	25,00%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	87,50%	12,50%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>RO</b>						
<b>ALTO</b>	20,00%	20,00%	40,00%	20,00%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	15,79%	10,53%	31,58%	15,79%	26,32%	100,00%
<b>BAIXO</b>	22,22%	11,11%	44,44%	22,22%	0,00%	100,00%
<b>RR</b>						
<b>MÉDIO</b>	50,00%	33,33%	16,67%	0,00%	0,00%	100,00%

<b>BAIXO</b>	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>TO</b>						
<b>ALTO</b>	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	6,94%	11,11%	34,72%	19,44%	27,78%	100,00%
<b>BAIXO</b>	0,00%	12,00%	28,00%	32,00%	28,00%	100,00%
<b>SUDESTE</b>						
<b>ES</b>						
<b>ALTO</b>	16,67%	16,67%	50,00%	0,00%	16,67%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	32,50%	10,00%	30,00%	10,00%	17,50%	100,00%
<b>MG</b>						
<b>ALTO</b>	0,00%	2,78%	52,78%	16,67%	27,78%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	3,30%	3,02%	35,99%	32,42%	25,27%	100,00%
<b>BAIXO</b>	0,00%	5,63%	38,03%	49,30%	7,04%	100,00%
<b>RJ</b>						
<b>ALTO</b>	55,00%	15,00%	15,00%	5,00%	10,00%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	24,14%	20,69%	10,34%	27,59%	17,24%	100,00%
<b>SP</b>						
<b>ALTO</b>	22,11%	25,08%	27,72%	11,22%	13,86%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	23,64%	25,45%	27,27%	16,36%	7,27%	100,00%
<b>SUL</b>						
<b>PR</b>						
<b>ALTO</b>	37,93%	32,18%	14,94%	3,45%	11,49%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	16,20%	17,61%	19,01%	26,76%	20,42%	100,00%
<b>BAIXO</b>	0,00%	0,00%	25,00%	0,00%	75,00%	100,00%
<b>RS</b>						
<b>ALTO</b>	13,59%	30,10%	30,10%	18,45%	7,77%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	22,84%	19,75%	25,93%	19,75%	11,73%	100,00%
<b>BAIXO</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>SC</b>						
<b>ALTO</b>	22,12%	24,04%	25,00%	14,42%	14,42%	100,00%
<b>MÉDIO</b>	10,91%	16,36%	32,73%	25,45%	14,55%	100,00%

Tabela B-3. Distribuição por IVS (2016) nos estados e regiões brasileiras de acordo com a regularidade de recebimento do recurso custeio QUALIFAR-SUS - 2012-2021

IVS (2016)	Regularidade de recebimento					Total Geral
	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	
<b>CENTRO-OESTE</b>						
<b>GO</b>						
<b>ALTA</b>	12,50%	25,00%	25,00%	25,00%	12,50%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	23,88%	22,39%	14,93%	26,87%	11,94%	100,00%
<b>BAIXA</b>	23,08%	32,69%	26,92%	9,62%	7,69%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>MS</b>						

<b>MUITO ALTA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	100,00%
<b>ALTA</b>	14,29%	28,57%	42,86%	14,29%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	22,73%	31,82%	36,36%	4,55%	4,55%	100,00%
<b>BAIXA</b>	23,08%	23,08%	38,46%	7,69%	7,69%	100,00%
<b>MT</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>ALTA</b>	30,00%	10,00%	50,00%	0,00%	10,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	18,75%	22,92%	27,08%	10,42%	20,83%	100,00%
<b>BAIXA</b>	17,39%	17,39%	34,78%	13,04%	17,39%	100,00%
<b>NORDESTE</b>						
<b>AL</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	5,36%	14,29%	10,71%	37,50%	32,14%	100,00%
<b>ALTA</b>	4,76%	0,00%	19,05%	9,52%	66,67%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>BA</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	19,79%	22,92%	18,75%	17,71%	20,83%	100,00%
<b>ALTA</b>	28,11%	17,84%	16,76%	20,00%	17,30%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	14,29%	6,12%	26,53%	26,53%	26,53%	100,00%
<b>BAIXA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>CE</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	0,00%	6,67%	16,67%	20,00%	56,67%	100,00%
<b>ALTA</b>	1,02%	14,29%	15,31%	16,33%	53,06%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	2,78%	2,78%	8,33%	22,22%	63,89%	100,00%
<b>BAIXA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>MA</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	56,25%	32,14%	4,46%	5,36%	1,79%	100,00%
<b>ALTA</b>	55,56%	11,11%	22,22%	11,11%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PB</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	19,61%	9,80%	31,37%	19,61%	19,61%	100,00%
<b>ALTA</b>	9,64%	13,25%	21,69%	30,12%	25,30%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	9,76%	4,88%	9,76%	31,71%	43,90%	100,00%
<b>BAIXA</b>	0,00%	33,33%	33,33%	0,00%	33,33%	100,00%
<b>PE</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	21,28%	19,15%	25,53%	25,53%	8,51%	100,00%
<b>ALTA</b>	3,90%	12,99%	25,97%	18,18%	38,96%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	14,29%	7,14%	35,71%	14,29%	28,57%	100,00%
<b>PI</b>						

<b>MUITO ALTA</b>	34,55%	32,73%	18,18%	9,09%	5,45%	100,00%
<b>ALTA</b>	32,84%	26,87%	25,37%	11,94%	2,99%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	46,67%	13,33%	20,00%	13,33%	6,67%	100,00%
<b>BAIXA</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>RN</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	11,11%	16,67%	16,67%	38,89%	16,67%	100,00%
<b>ALTA</b>	5,19%	11,69%	15,58%	38,96%	28,57%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	2,33%	4,65%	13,95%	30,23%	48,84%	100,00%
<b>BAIXA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	11,11%	88,89%	100,00%
<b>SE</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	25,00%	0,00%	12,50%	25,00%	37,50%	100,00%
<b>ALTA</b>	13,33%	13,33%	16,67%	33,33%	23,33%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	6,67%	20,00%	33,33%	6,67%	33,33%	100,00%
<b>NORTE</b>						
<b>AC</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	60,00%	20,00%	10,00%	10,00%	0,00%	100,00%
<b>ALTA</b>	33,33%	33,33%	0,00%	16,67%	16,67%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>AM</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	71,79%	15,38%	10,26%	0,00%	2,56%	100,00%
<b>ALTA</b>	50,00%	25,00%	0,00%	0,00%	25,00%	100,00%
<b>AP</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	88,89%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>ALTA</b>	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	48,75%	22,50%	11,25%	8,75%	8,75%	100,00%
<b>ALTA</b>	22,22%	44,44%	5,56%	11,11%	16,67%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>RO</b>						
<b>ALTA</b>	25,00%	12,50%	50,00%	12,50%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	13,33%	6,67%	40,00%	26,67%	13,33%	100,00%
<b>BAIXA</b>	20,00%	20,00%	20,00%	10,00%	30,00%	100,00%
<b>RR</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	16,67%	66,67%	16,67%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>ALTA</b>	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>TO</b>						

<b>MUITO ALTA</b>	10,53%	15,79%	26,32%	31,58%	15,79%	100,00%
<b>ALTA</b>	2,63%	10,53%	28,95%	28,95%	28,95%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	5,00%	10,00%	40,00%	12,50%	32,50%	100,00%
<b>BAIXA</b>	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	100,00%
<b>SUDESTE</b>						
<b>ES</b>						
<b>ALTA</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	25,00%	6,25%	37,50%	18,75%	12,50%	100,00%
<b>BAIXA</b>	34,48%	13,79%	27,59%	3,45%	20,69%	100,00%
<b>MG</b>						
<b>MUITO ALTA</b>	3,33%	10,00%	43,33%	40,00%	3,33%	100,00%
<b>ALTA</b>	1,50%	4,51%	32,33%	50,38%	11,28%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	3,09%	2,06%	31,44%	35,57%	27,84%	100,00%
<b>BAIXA</b>	2,78%	2,78%	50,93%	9,26%	34,26%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,00%	0,00%	83,33%	16,67%	0,00%	100,00%
<b>RJ</b>						
<b>ALTA</b>	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	46,15%	15,38%	0,00%	15,38%	23,08%	100,00%
<b>BAIXA</b>	33,33%	15,15%	18,18%	21,21%	12,12%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>SP</b>						
<b>ALTA</b>	33,33%	0,00%	33,33%	0,00%	33,33%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	20,41%	26,53%	21,43%	12,24%	19,39%	100,00%
<b>BAIXA</b>	19,10%	24,62%	32,66%	13,57%	10,05%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	36,21%	25,86%	20,69%	6,90%	10,34%	100,00%
<b>SUL</b>						
<b>PR</b>						
<b>ALTA</b>	0,00%	11,11%	11,11%	11,11%	66,67%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	20,41%	16,33%	13,27%	22,45%	27,55%	100,00%
<b>BAIXA</b>	29,06%	27,35%	22,22%	14,53%	6,84%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	22,22%	44,44%	11,11%	11,11%	11,11%	100,00%
<b>RS</b>						
<b>ALTA</b>	0,00%	33,33%	16,67%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>MÉDIA</b>	23,94%	25,35%	26,76%	15,49%	8,45%	100,00%
<b>BAIXA</b>	18,01%	22,36%	28,57%	19,25%	11,80%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	17,86%	25,00%	28,57%	21,43%	7,14%	100,00%
<b>SC</b>						
<b>ALTA</b>	0,00%	0,00%	75,00%	0,00%	25,00%	100,00%

<b>MÉDIA</b>	8,70%	21,74%	47,83%	21,74%	0,00%	100,00%
<b>BAIXA</b>	16,49%	18,56%	22,68%	23,71%	18,56%	100,00%
<b>MUITO BAIXA</b>	31,43%	31,43%	22,86%	2,86%	11,43%	100,00%

Tabela B-4. Distribuição por faixa de renda per capita nos estados e regiões brasileiras de acordo com a regularidade de recebimento do recurso custeio QUALIFAR-SUS - 2012-2021

Faixas de Renda <i>per capita</i>	Regularidade de recebimento					Total Geral
	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	
<b>CENTRO-OESTE</b>						
<b>GO</b>						
x<368,95	29,41%	17,65%	41,18%	11,76%	0,00%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	19,72%	28,17%	14,08%	23,94%	14,08%	100,00%
x>553,52	22,92%	27,08%	22,92%	16,67%	10,42%	100,00%
<b>MS</b>						
x<368,95	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	16,67%	41,67%	29,17%	8,33%	4,17%	100,00%
x>553,52	31,25%	6,25%	50,00%	6,25%	6,25%	100,00%
<b>MT</b>						
x<368,95	45,45%	18,18%	9,09%	9,09%	18,18%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	17,02%	17,02%	36,17%	6,38%	23,40%	100,00%
x>553,52	12,50%	25,00%	33,33%	20,83%	8,33%	100,00%
<b>NORDESTE</b>						
<b>AL</b>						
x<368,95	5,26%	10,53%	13,16%	30,26%	40,79%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
<b>BA</b>						
x<368,95	23,64%	17,89%	18,85%	20,45%	19,17%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	23,53%	11,76%	17,65%	17,65%	29,41%	100,00%
x>553,52	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>CE</b>						
x<368,95	1,27%	10,13%	14,56%	17,09%	56,96%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	0,00%	14,29%	0,00%	42,86%	42,86%	100,00%
<b>MA</b>						
x<368,95	56,56%	30,33%	5,74%	5,74%	1,64%	100,00%
<b>PB</b>						
x<368,95	12,94%	10,59%	22,35%	26,47%	27,65%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	0,00%	12,50%	12,50%	37,50%	37,50%	100,00%
<b>PE</b>						
x<368,95	11,02%	14,96%	27,56%	19,69%	26,77%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	9,09%	9,09%	18,18%	27,27%	36,36%	100,00%
<b>PI</b>						
x<368,95	35,07%	28,36%	21,64%	11,19%	3,73%	100,00%
x≥368,95 ou x≤553,52	33,33%	0,00%	33,33%	0,00%	33,33%	100,00%
x>553,52	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>RN</b>						
x<368,95	5,34%	9,92%	15,27%	35,88%	33,59%	100,00%

<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	0,00%	6,67%	6,67%	26,67%	60,00%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>SE</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	14,29%	14,29%	18,37%	26,53%	26,53%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	0,00%	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%
<b>NORTE</b>						
<b>AC</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	46,67%	26,67%	6,67%	13,33%	6,67%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>AM</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	71,43%	16,67%	9,52%	0,00%	2,38%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>AP</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	75,00%	12,50%	12,50%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	45,35%	27,91%	10,47%	8,14%	8,14%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	41,67%	16,67%	8,33%	8,33%	25,00%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>RO</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	20,83%	8,33%	37,50%	16,67%	16,67%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	16,67%	16,67%	33,33%	16,67%	16,67%	100,00%
<b>RR</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	44,44%	44,44%	11,11%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>TO</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	3,75%	12,50%	30,00%	23,75%	30,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	11,76%	5,88%	41,18%	17,65%	23,53%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%
<b>SUDESTE</b>						
<b>ES</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	31,43%	8,57%	31,43%	8,57%	20,00%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	33,33%	22,22%	33,33%	0,00%	11,11%	100,00%
<b>MG</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	2,51%	3,77%	30,96%	46,86%	15,90%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	3,33%	3,33%	42,22%	21,67%	29,44%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	0,00%	1,92%	51,92%	15,38%	30,77%	100,00%
<b>RJ</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	28,57%	19,05%	9,52%	23,81%	19,05%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	44,44%	14,81%	14,81%	14,81%	11,11%	100,00%
<b>SP</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	40,00%	20,00%	20,00%	0,00%	20,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	17,12%	24,32%	26,13%	15,32%	17,12%	100,00%

<b>x&gt;553,52</b>	24,38%	25,62%	28,51%	10,74%	10,74%	100,00%
<b>SUL</b>						
<b>PR</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	0,00%	0,00%	41,67%	16,67%	41,67%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	19,51%	17,07%	18,70%	24,39%	20,33%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	32,65%	32,65%	13,27%	9,18%	12,24%	100,00%
<b>RS</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	25,00%	0,00%	25,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	21,98%	19,78%	27,47%	20,88%	9,89%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	17,54%	26,32%	28,07%	17,54%	10,53%	100,00%
<b>SC</b>						
<b>x&lt;368,95</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>x≥368,95 ou x≤553,52</b>	17,95%	17,95%	38,46%	20,51%	5,13%	100,00%
<b>x&gt;553,52</b>	18,49%	22,69%	24,37%	17,65%	16,81%	100,00%

Tabela B-5. Distribuição por grupo de homogeneidade IDSUS (2011) nos estados e regiões brasileiras de acordo com a regularidade de recebimento do recurso custeio QUALIFAR-SUS - 2012-2021

<b>Regularidade de recebimento</b>						
<b>IDSUS (2011)</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>CENTRO-OESTE</b>						
<b>GO</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	0,00%	40,00%	60,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	16,67%	16,67%	0,00%	16,67%	50,00%	100,00%
<b>GH5</b>	25,30%	22,89%	19,28%	21,69%	10,84%	100,00%
<b>GH6</b>	19,51%	34,15%	19,51%	19,51%	7,32%	100,00%
<b>MS</b>						
<b>GH3</b>	16,67%	16,67%	50,00%	16,67%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	33,33%	66,67%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	25,93%	29,63%	29,63%	7,41%	7,41%	100,00%
<b>GH6</b>	12,50%	25,00%	37,50%	12,50%	12,50%	100,00%
<b>MT</b>						
<b>GH3</b>	16,67%	25,00%	41,67%	0,00%	16,67%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	100,00%
<b>GH5</b>	15,69%	19,61%	35,29%	9,80%	19,61%	100,00%
<b>GH6</b>	40,00%	20,00%	20,00%	6,67%	13,33%	100,00%
<b>NORDESTE</b>						
<b>AL</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	7,14%	7,14%	28,57%	21,43%	35,71%	100,00%
<b>GH6</b>	4,76%	11,11%	9,52%	31,75%	42,86%	100,00%

<b>BA</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	66,67%	100,00%
<b>GH4</b>	26,51%	14,46%	19,28%	15,66%	24,10%	100,00%
<b>GH5</b>	0,00%	20,00%	20,00%	20,00%	40,00%	100,00%
<b>GH6</b>	23,01%	18,83%	18,41%	22,18%	17,57%	100,00%
<b>CE</b>						
<b>GH4</b>	1,96%	9,80%	7,84%	21,57%	58,82%	100,00%
<b>GH6</b>	0,88%	10,53%	16,67%	16,67%	55,26%	100,00%
<b>MA</b>						
<b>GH4</b>	55,88%	32,35%	2,94%	5,88%	2,94%	100,00%
<b>GH5</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	56,32%	29,89%	6,90%	5,75%	1,15%	100,00%
<b>PB</b>						
<b>GH4</b>	14,29%	9,52%	23,81%	23,81%	28,57%	100,00%
<b>GH6</b>	12,10%	10,83%	21,66%	27,39%	28,03%	100,00%
<b>PE</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	17,24%	13,79%	24,14%	27,59%	17,24%	100,00%
<b>GH5</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>GH6</b>	9,35%	14,95%	27,10%	18,69%	29,91%	100,00%
<b>PI</b>						
<b>GH4</b>	52,94%	17,65%	11,76%	5,88%	11,76%	100,00%
<b>GH5</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	33,33%	28,33%	23,33%	11,67%	3,33%	100,00%
<b>RN</b>						
<b>GH3</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	10,53%	5,26%	15,79%	31,58%	36,84%	100,00%
<b>GH5</b>	20,00%	0,00%	40,00%	20,00%	20,00%	100,00%
<b>GH6</b>	3,28%	9,84%	13,11%	36,07%	37,70%	100,00%
<b>SE</b>						
<b>GH4</b>	0,00%	16,67%	33,33%	33,33%	16,67%	100,00%
<b>GH5</b>	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	13,33%	13,33%	17,78%	24,44%	31,11%	100,00%
<b>NORTE</b>						
<b>AC</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	66,67%	0,00%	0,00%	33,33%	0,00%	100,00%

<b>GH5</b>	50,00%	33,33%	0,00%	0,00%	16,67%	100,00%
<b>GH6</b>	42,86%	28,57%	14,29%	14,29%	0,00%	100,00%
<b>AM</b>						
<b>GH4</b>	87,50%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	100,00%
<b>GH6</b>	65,71%	20,00%	11,43%	0,00%	2,86%	100,00%
<b>AP</b>						
<b>GH4</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH6</b>	77,78%	11,11%	11,11%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>PA</b>						
<b>GH3</b>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	41,86%	23,26%	13,95%	9,30%	11,63%	100,00%
<b>GH6</b>	44,44%	29,63%	7,41%	9,26%	9,26%	100,00%
<b>RO</b>						
<b>GH3</b>	12,50%	12,50%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
<b>GH4</b>	33,33%	0,00%	66,67%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	30,00%	20,00%	20,00%	20,00%	10,00%	100,00%
<b>GH6</b>	8,33%	8,33%	50,00%	16,67%	16,67%	100,00%
<b>RR</b>						
<b>GH6</b>	40,00%	50,00%	10,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>TO</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	100,00%
<b>GH5</b>	8,33%	0,00%	41,67%	16,67%	33,33%	100,00%
<b>GH6</b>	4,88%	12,20%	31,71%	23,17%	28,05%	100,00%
<b>SUDESTE</b>						
<b>ES</b>						
<b>GH3</b>	42,86%	14,29%	42,86%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH4</b>	42,86%	14,29%	28,57%	14,29%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	26,32%	15,79%	36,84%	10,53%	10,53%	100,00%
<b>GH6</b>	23,08%	0,00%	23,08%	7,69%	46,15%	100,00%
<b>MG</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	0,00%	33,33%	0,00%	66,67%	100,00%
<b>GH3</b>	0,00%	2,86%	40,00%	22,86%	34,29%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	4,08%	32,65%	44,90%	18,37%	100,00%
<b>GH5</b>	4,00%	2,67%	54,67%	12,00%	26,67%	100,00%
<b>GH6</b>	2,91%	3,56%	33,98%	38,83%	20,71%	100,00%

<b>RJ</b>						
<b>GH3</b>	42,86%	14,29%	19,05%	14,29%	9,52%	100,00%
<b>GH4</b>	42,86%	42,86%	0,00%	0,00%	14,29%	100,00%
<b>GH5</b>	31,58%	5,26%	10,53%	31,58%	21,05%	100,00%
<b>GH6</b>	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>SP</b>						
<b>GH2</b>	0,00%	75,00%	0,00%	25,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	31,96%	20,62%	21,65%	10,31%	15,46%	100,00%
<b>GH4</b>	50,00%	0,00%	25,00%	0,00%	25,00%	100,00%
<b>GH5</b>	18,86%	26,32%	30,70%	12,28%	11,84%	100,00%
<b>GH6</b>	16,00%	28,00%	28,00%	16,00%	12,00%	100,00%
<b>SUL</b>						
<b>PR</b>						
<b>GH2</b>	66,67%	0,00%	33,33%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	36,67%	33,33%	10,00%	3,33%	16,67%	100,00%
<b>GH4</b>	12,50%	25,00%	25,00%	25,00%	12,50%	100,00%
<b>GH5</b>	26,39%	25,69%	15,97%	17,36%	14,58%	100,00%
<b>GH6</b>	8,33%	8,33%	25,00%	27,08%	31,25%	100,00%
<b>RS</b>						
<b>GH2</b>	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	15,79%	23,68%	23,68%	15,79%	21,05%	100,00%
<b>GH4</b>	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%	0,00%	100,00%
<b>GH5</b>	20,29%	24,64%	27,54%	18,84%	8,70%	100,00%
<b>GH6</b>	12,50%	18,75%	43,75%	18,75%	6,25%	100,00%
<b>SC</b>						
<b>GH2</b>	50,00%	25,00%	25,00%	0,00%	0,00%	100,00%
<b>GH3</b>	15,00%	25,00%	25,00%	10,00%	25,00%	100,00%
<b>GH5</b>	18,18%	20,45%	28,03%	20,45%	12,88%	100,00%
<b>GH6</b>	0,00%	33,33%	33,33%	0,00%	33,33%	100,00%

Tabela B-6. Porcentagem média de Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde - (Dezembro de 2020) nos estados e regiões brasileiras de acordo com a regularidade de recebimento do recurso custeio QUALIFAR-SUS - 2012-2021

<b>Regularidade de recebimento</b>						
<b>Regiões e estados</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	Total Geral
<b>CENTRO-OESTE</b>						
<b>GO</b>	97%	95%	92%	95%	90%	94%
<b>MS</b>	94%	86%	82%	89%	97%	87%
<b>MT</b>	84%	85%	91%	85%	87%	87%

<b>NORDESTE</b>						
<b>AL</b>	100%	100%	99%	99%	100%	99%
<b>BA</b>	96%	97%	96%	97%	96%	96%
<b>CE</b>	96%	100%	98%	97%	98%	98%
<b>MA</b>	97%	96%	99%	98%	100%	97%
<b>PB</b>	100%	100%	99%	98%	98%	98%
<b>PE</b>	87%	93%	95%	96%	98%	95%
<b>PI</b>	97%	97%	100%	100%	100%	98%
<b>RN</b>	99%	100%	100%	98%	97%	98%
<b>SE</b>	99%	100%	98%	95%	98%	98%
<b>NORTE</b>						
<b>AC</b>	85%	100%	90%	93%	100%	91%
<b>AM</b>	91%	89%	87%		88%	90%
<b>AP</b>	84%	100%	100%			86%
<b>PA</b>	73%	65%	81%	73%	70%	71%
<b>RO</b>	89%	79%	78%	76%	96%	83%
<b>RR</b>	100%	100%	100%			100%
<b>TO</b>	95%	98%	98%	98%	94%	97%
<b>SUDESTE</b>						
<b>ES</b>	88%	85%	89%	100%	94%	90%
<b>MG</b>	98%	98%	97%	97%	96%	97%
<b>RJ</b>	78%	83%	81%	91%	89%	83%
<b>SP</b>	76%	78%	79%	77%	86%	79%
<b>SUL</b>						
<b>PR</b>	84%	88%	97%	90%	95%	90%
<b>RS</b>	87%	83%	89%	85%	82%	86%
<b>SC</b>	94%	93%	88%	84%	92%	90%
<b>Total Geral</b>	89%	90%	93%	93%	94%	92%

Tabela B-7. Força de trabalho farmacêutica na APS.

<b>Média de Taxa de profissionais farmacêutico na APS MUNICIPAL (POR 10 MIL HAB) nas regiões e estados brasileiros.</b>						
	Regularidade de recebimento					
<b>Regiões/Estados</b>	0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75% a 90%	91 a 100%	<b>Total Geral</b>
<b>CENTRO-OESTE</b>	3,71	4,41	4,10	2,95	4,75	<b>4,00</b>
<b>GO</b>	4,25	5,66	5,02	3,41	4,51	<b>4,64</b>
<b>MS</b>	2,09	2,37	3,28	2,33	1,64	<b>2,59</b>
<b>MT</b>	3,61	3,14	3,62	1,86	5,61	<b>3,70</b>
<b>NORDESTE</b>	1,22	1,66	1,94	2,07	2,15	<b>1,84</b>
<b>AL</b>	2,16	2,07	3,18	2,33	2,00	<b>2,26</b>

BA	1,17	1,45	1,75	1,57	1,77	<b>1,53</b>
CE	0,99	1,84	1,86	1,61	2,05	<b>1,91</b>
MA	1,22	1,39	3,00	1,96	2,27	<b>1,43</b>
PB	2,10	4,23	3,14	3,19	2,74	<b>3,03</b>
PE	1,27	1,13	1,60	1,73	1,90	<b>1,60</b>
PI	0,80	1,11	0,83	1,49	1,40	<b>0,99</b>
RN	0,46	0,88	1,63	2,34	2,67	<b>2,13</b>
SE	2,25	2,91	1,93	1,43	1,72	<b>1,92</b>
<b>NORTE</b>	1,26	2,28	2,99	3,60	3,27	<b>2,39</b>
AC	0,40	2,42	0,24	1,38	0,00	<b>0,95</b>
AM	1,20	1,86	2,33	0,00	1,91	<b>1,45</b>
AP	1,03	3,56	0,00	0,00	0,00	<b>1,15</b>
PA	0,83	1,46	1,35	1,35	1,84	<b>1,20</b>
RO	1,85	3,21	2,14	2,25	4,16	<b>2,54</b>
RR	1,54	2,95	5,57	0,00	0,00	<b>2,65</b>
TO	6,26	3,69	4,05	5,02	3,84	<b>4,28</b>
<b>SUDESTE</b>	3,45	3,64	3,48	3,56	3,50	<b>3,52</b>
ES	2,93	2,32	4,87	1,77	4,39	<b>3,65</b>
MG	2,86	1,84	2,89	3,42	3,15	<b>3,09</b>
RJ	2,52	2,72	3,24	3,23	2,76	<b>2,81</b>
SP	3,84	4,13	4,33	4,32	4,28	<b>4,16</b>
SUL	3,47	3,37	4,47	4,03	3,76	<b>3,83</b>
PR	1,96	2,32	3,50	2,18	2,19	<b>2,39</b>
RS	5,07	3,93	4,36	4,31	5,21	<b>4,47</b>
SC	3,57	3,97	5,58	6,15	4,91	<b>4,88</b>
<b>Total Geral</b>	<b>2,29</b>	<b>2,82</b>	<b>3,24</b>	<b>3,01</b>	<b>2,89</b>	<b>2,87</b>

Tabela B-8 - Análise da presença de farmacêuticas na APS municipal

<b>Média de Taxa de estabelecimentos com farmacêutico na APS MUNICIPAL (POR 10 MIL HAB) nas regiões e estados brasileiros.</b>						
<b>Regiões/Estado</b>	<b>Regularidade de recebimento</b>					<b>Total Geral</b>
	<b>0 a 24%</b>	<b>25 a 49%</b>	<b>50 a 74%</b>	<b>75% a 90%</b>	<b>91 a 100%</b>	
<b>CENTRO-OESTE</b>	1,84	2,02	1,64	1,46	1,87	<b>1,78</b>
GO	2,23	2,48	2,13	1,78	1,52	<b>2,11</b>
MS	1,70	1,21	1,10	1,03	1,39	<b>1,27</b>
MT	1,21	1,60	1,45	0,70	2,32	<b>1,51</b>
<b>NORDESTE</b>	1,02	1,15	1,26	1,14	1,11	<b>1,13</b>
AL	1,43	0,90	1,32	0,99	0,96	<b>1,03</b>
BA	0,74	0,88	0,93	0,77	0,78	<b>0,81</b>
CE	0,33	0,78	0,76	0,49	0,61	<b>0,62</b>
MA	0,73	0,82	1,29	0,78	0,39	<b>0,79</b>
PB	1,30	2,14	1,73	1,74	1,89	<b>1,77</b>
PE	0,53	0,50	0,67	0,64	0,69	<b>0,63</b>
PI	1,85	1,86	1,96	1,64	2,71	<b>1,89</b>
RN	1,45	1,23	2,03	1,74	1,92	<b>1,79</b>

<b>SE</b>	1,03	1,46	1,04	0,90	0,98	<b>1,04</b>
<b>NORTE</b>	0,82	1,11	1,61	2,55	1,95	<b>1,42</b>
<b>AC</b>	0,90	1,46	0,55	0,78	0,65	<b>0,96</b>
<b>AM</b>	0,82	0,59	0,78	-	0,23	<b>0,75</b>
<b>AP</b>	1,11	1,78	0,62	-	-	<b>1,13</b>
<b>PA</b>	0,45	0,62	0,35	3,90	0,45	<b>0,80</b>
<b>RO</b>	1,17	1,37	0,90	0,73	1,28	<b>1,03</b>
<b>RR</b>	0,77	0,96	2,39	-	-	<b>1,03</b>
<b>TO</b>	3,01	2,36	2,43	2,65	2,77	<b>2,60</b>
<b>SUDESTE</b>	1,60	1,98	1,80	1,69	1,86	<b>1,78</b>
<b>ES</b>	0,68	1,22	1,80	0,76	1,72	<b>1,29</b>
<b>MG</b>	2,20	1,37	1,60	1,61	1,92	<b>1,68</b>
<b>RJ</b>	0,54	0,56	0,87	1,06	0,95	<b>0,74</b>
<b>SP</b>	1,91	2,28	2,23	2,21	1,88	<b>2,12</b>
<b>SUL</b>	2,30	2,65	3,01	2,74	2,24	<b>2,62</b>
<b>PR</b>	1,71	2,03	2,64	2,76	1,88	<b>2,16</b>
<b>RS</b>	3,11	3,43	2,77	2,53	2,71	<b>2,94</b>
<b>SC</b>	2,02	2,18	3,74	3,07	2,35	<b>2,77</b>
<b>Total Geral</b>	<b>1,42</b>	<b>1,77</b>	<b>1,85</b>	<b>1,68</b>	<b>1,53</b>	<b>1,66</b>

## ANEXOS

## ANEXOS

## Anexo A – Dados da submissão do artigo



The screenshot shows the 'Saúde em Debate' author dashboard. At the top, there is a dark blue header with the text 'Saúde em Debate'. Below this, the main area is titled 'Submissões'. There are two tabs: 'Fila' (with a '1' in a circle) and 'Arquivos'. A 'Ajuda' button is visible in the top right corner. The main content area is titled 'Minhas Submissões Designadas'. It features a search bar with the text 'Buscar', a 'Filtros' button, and a 'Nova Submissão' button. Below this, there is a list of submissions. The first submission is by 'de Jesus Souza et al.' with the ID '8390'. The title of the submission is 'Os DEZ ANOS DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO AMB...'. There is a '1' in a speech bubble icon next to the title. To the right of the title, there are two buttons: 'Submissão' (highlighted with a red border) and 'Visualizar' (with a dropdown arrow).

Rafaela de Jesus Souza,

Agradecemos a submissão do trabalho "Os DEZ ANOS DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO AMBITO DO SUS: UMA ANÁLISE DE POLÍTICA PÚBLICA RESUMO" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/authorDashboard/submission/8390>

Login: souzajrafa25

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Editoras científicas

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Ana Maria Costa

Leda A. V. N. de Gouvêa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato