

GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: ANÁLISE SOBRE OS FATORES CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

RESUMO:

O objetivo das políticas de saúde é alcançar, a longo prazo, uma melhoria na qualidade de vida da população. Por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) é possível perceber mais claramente a relação dessas políticas com o desenvolvimento humano. No entanto, a qualidade de vida pode ser influenciada por outros fatores, que não só os relacionados com a saúde. No Brasil existem programas voltados para alguns desses diferentes aspectos. Este estudo utiliza como principais bases teóricas as referentes à Administração Pública, Qualidade de Vida e Atenção Primária à Saúde, com o intuito de verificar quais fatores influenciam no desenvolvimento humano municipal e, por consequência, na qualidade de vida da população. Para tanto, neste trabalho, pretendeu-se utilizar técnicas estatísticas de regressão e *cluster* em 761 municípios de Minas Gerais. Dessa forma, foi possível mostrar que a qualidade de vida é influenciada por vários fatores socioeconômicos, trabalhados por diversos setores do governo, como a Secretaria do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério das Cidades e outros. Isso sustenta os argumentos de que o foco das políticas públicas deve ser ampliado de forma que trabalhem os fatores positivos que influenciam a qualidade de vida e corrijam outros pontos que influenciem negativamente. Essa prática possibilitaria alertar gestores sobre a importância da atenção primária, como cuidado para se conhecer as características do município, a fim de que se possa desenvolver políticas e programas específicos, de modo que a gestão municipal possa proporcionar melhores condições para a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Administração Pública, Qualidade de Vida.

Isabela Braga da Matta¹
Marco Aurélio Marques Ferreira²
Rosângela Minardi Mitre Cotta³
Rodrigo Siqueira-Batista⁴

¹ Mestre pela Universidade Federal de Viçosa – UFV, Brasil
Professora pela Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA, Brasil
E-mail: isabelamatta@unipampa.edu.br

² Doutor em Economia Aplicada pela Universidade Federal de Viçosa – UFV, Brasil
Professor pela Universidade Federal de Viçosa – UFV, Brasil
E-mail: marcoufv1@gmail.com

³ Doutora em saúde pública pela Universidade de Valencia, Brasil
Professora pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Brasil
E-mail: rosangelaminardi@hotmail.com

⁴ Doutor em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
Professor pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Brasil
E-mail: rsiqueirabatista@yahoo.com.br

MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH: ANALYSIS OF THE CONDITIONING FACTORS OF HUMAN DEVELOPMENT

ABSTRACT:

The health policy's long-term goal is to improve the quality of people's lives. Through the Primary Health Care (PHC), it is possible to notice more clearly the relationship between these policies and human development. However, quality of life may be influenced by other factors, not only the health-related ones. In Brazil, there are programmes for some of these different aspects. This study uses as its main theoretical basis the ones regarding Public Administration, Quality of Life and Primary Health Care, in order to determine which factors influence municipal human development, and, consequently, the quality of life. Therefore, in this work, we intend to use statistical techniques of regression and cluster in 761 cities of the State of Minas Gerais. Thus, it was possible to show that quality of life is influenced by various socioeconomic factors, worked out by many government areas, such as the Department of Social Development and Fight Against Hunger, the Ministry of Cities, and others. This supports the argument that the focus of public policy should be expanded in such a way that they work out the positive factors that influence the quality of life and correct other issues which influence negatively. This practice would allow for the warning of managers about the importance of primary care, such as attention to each city's characteristics, in order to develop specific policies and programmes, so that the municipal administration can, similarly, provide better conditions for quality of life.

Keywords: Primary Health Care, Public Administration, Quality of Life.

1. INTRODUÇÃO

O Estado deve garantir à população os direitos referentes à proteção social, que envolvem o direito à saúde e, numa perspectiva mais abrangente, se relacionam à qualidade de vida. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge com a Constituição de 1988, para garantir esse direito, tendo algumas ações focadas na Atenção Primária à Saúde (APS), aproximando o acesso à saúde da população.

Dentro das políticas do SUS, a Atenção Primária à Saúde se realiza por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), como é conhecido hoje o antigo Programa Saúde da Família (PSF), que, tendo uma gestão descentralizada, tem como principal objetivo a promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2002, Brasil, 2005). Essa estratégia possibilita que cada equipe de saúde conheça a realidade da comunidade em que desenvolve suas ações, sendo mais pontual e, portanto, mais eficiente no que tange aos indicadores de saúde e qualidade de vida. Antes do PSF e antes da Constituição de 1988, a saúde no Brasil tinha uma perspectiva mais curativa, concentrando-se no tratamento de doenças, e não preventiva, focada na promoção da saúde. Esta ficava a cargo de instituições filantrópicas e alguns órgãos focados em trabalhadores e segurados.

Assim sendo, o principal diferencial do PSF e, atualmente, da ESF é a descentralização das suas ações. Esse movimento presume diferenças entre comunidades que podem influenciar a execução da ESF, pois existem teorias na administração que mostram que o ambiente é capaz de influenciar nas organizações a ponto de elas mudarem suas ações para se adaptarem onde estão inseridas. Nesse sentido, percebe-se que a ESF possibilita essa adaptação, permitindo ações focalizadas nas comunidades, ressaltando o conceito de Atenção Primária à Saúde proposto por Dawson (1964) de regionalização e hierarquização do cuidado com a saúde.

A eficiência dos programas de saúde é de extrema relevância para o campo de estudos da Administração Pública, por se tratar de um tema que influencia diretamente na qualidade de vida de toda a população, além de ser facilmente percebida por todos por interferir em direitos garantidos pelo Estado que devem ser cumpridos.

No entanto, não são apenas os fatores de gestão que podem influenciar a eficiência dos programas de saúde; existem fatores externos que exercem influência sobre a qualidade de vida (objetivo a longo prazo da Atenção Primária à Saúde). Assim, uma análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida pode provocar a reflexão sobre eles e sobre as características dos municípios, pois possibilita uma maior qualidade de vida da sua população.

Existem vários trabalhos na área da administração que utilizam a regressão linear múltipla (Tamayo & Abbad, 2006, Silva, Rodrigues & Abreu, 2007, Reinert & Maciel, 2012, Melo & Domenico, 2012, Abdalla, Azevedo, Gonzalez, Oliveira & Nippes, 2012), assim como diversos trabalhos que mostram a influência de fatores socioeconômicos em indicadores de saúde (Bezerra, Optiz, Koifman & Muniz, 2011, Medeiros, Meneghel & Gerhardt, 2012). No entanto, esses trabalhos são estudos focados em um determinado grupo, como trabalhadores (Paschoa, Zanei & Whintaker, 2007), idosos, gestantes ou doenças específicas (Medeiros, Meneghel & Gerhardt, 2012) e a percepção dos usuários (Bezerra *et al.*, 2011), o que se diferencia do presente trabalho porque não revelam como a eficiência na Atenção primária à saúde se relaciona com a Qualidade de Vida.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é verificar os fatores que influenciam o desenvolvimento humano municipal e, por consequência, na qualidade de vida da população. Pretende-se, ainda, analisar como o desempenho em Atenção Primária à Saúde se relaciona com a Qualidade de Vida e se a eficiência da atenção primária à saúde está vinculada a esse conceito.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. As Funções do Estado e a Qualidade de Vida

A definição de direito engloba um conjunto de leis e normas aceitas, sendo declarações de caráter público, que expressam determinadas relações de forças sociais que, de alguma forma, estão presentes em um determinado momento histórico associado a fatores políticos (L'Abbate, 2009). Assim, mesmo que os direitos não possam ser realizados no momento de sua declaração, “uma vez anunciados, eles podem ser exigidos, reivindicados e também alterados, até no sentido de construir ‘direitos novos’, num contínuo processo de reinvenção democrática” (L'Abbate, 2009, p. 22).

Dessa forma, a Constituição de 1988 determina a saúde enquanto um direito de todos os cidadãos, de acordo com o qual o Estado deve garantir “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição do Brasil, 1988, p. 116). Nesse horizonte de expectativas, são esperadas ações do Estado para que a saúde seja um direito alcançado para toda a população.

Contudo, o direito à saúde, como um fator complexo (Spinks & Hollingsworth, 2009), vem atrelado a outras obrigações do Estado, relativas ao bem-estar da população e que integram as políticas de saúde a demais políticas sociais e econômicas (Campos, Barros & Castro, 2004). Assim, efetivar esse

direito é algo que exige uma atenção maior, principalmente no que tange ao acesso da população mais pobre.

Para efetivar o direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis orgânicas da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90), que tornaram obrigatório o atendimento gratuito a qualquer cidadão, sendo financiado com recursos dos Governos Federal, Estadual e Municipal.

O Ministério da Saúde ainda é responsável pelo Departamento de Atenção Básica à Saúde, que é um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Departamento de Atenção Básica, [s.d.]). Essas são práticas desenvolvidas em territórios delimitados, visando resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, sendo mais acessível à população, sendo que esse departamento tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Com a criação desse programa, o Estado estabelece vínculos com as famílias e presta atendimento preventivo à população, atendendo, dessa forma, além do direito à saúde: o direito à cidadania, à qualidade de vida e bem-estar das famílias. A Estratégia Saúde da Família permite que os agentes de saúde conheçam determinada região e construam ações preventivas específicas para elas, além de facilitar o acesso à saúde, uma vez que parte dos atendimentos pode ser feita na residência. Desse modo, é feito um acompanhamento com as famílias, o que diminui os casos de doenças graves e, conseqüentemente, gera uma economia para o SUS, uma vez que esses pacientes não precisam ocupar leitos hospitalares e podem começar o tratamento com antecedência. Essas ações trazem uma perspectiva mais abrangente da saúde e melhora aspectos relevantes da qualidade de vida.

A Constituição, em seu artigo 79 (Constituição do Brasil, 1988), afirma o direito de toda a população à qualidade de vida, que é um dos objetivos da ESF, como Buss (2000), ao afirmar que algumas ações do governo, como as inovações em programas de saúde e assistência básica, podem ocasionar um impulso à qualidade de vida. L’Abbate (2009) mostra ainda a amplitude do direito à saúde, que se relaciona ao direito ao transporte, à habitação e ao saneamento como complementares relacionados às condições de vida.

Percebe-se também que a promoção da saúde atua de forma que permite que fatores relacionados como política, economia, meio ambiente e fatores socioculturais sejam favoráveis à saúde (Sicoli & Nascimento, 2003). Possibilitando verificar que a saúde e a sua promoção se integram a outros fatores relacionados, também à qualidade de vida.

O Estado mostra que uma das suas funções é garantir a qualidade de vida por intermédio de habitação, saúde, renda e educação como conceitos fundamentais, sendo esses os principais indicadores da mesma para a população. E garante esses direitos por meio de diferentes programas e políticas, contudo, é justamente de programas focados e de ampla abrangência como a ESF que se esperam os maiores impactos nesses indicadores.

Assim, torna-se relevante discutir a avaliação da Atenção Básica na Saúde como forma de perscrutar a eficiência dos seus programas e quais objetivos para melhorar a qualidade de vida da população são alcançados.

2.2. Saúde, Qualidade de Vida e seus condicionantes

A criação do SUS proporcionou ao Brasil uma melhoria significativa nos serviços de saúde, uma vez que sua cobertura em todo o território nacional busca garantir o direito ao tratamento universal de saúde. Ela busca atender àquelas populações menos favorecidas social e economicamente, além de incentivar contínuas participações dos grupos atendidos e preservar o respeito aos valores e às crenças dos mesmos (Seaone & Fortes, 2009).

Souza e Costa (2010) pontuam que o SUS apresenta propostas para atingir seus objetivos, mas ressaltam que existe a dificuldade de superar os desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades: sua efetivação torna-se de difícil realização. Desse modo, os autores afirmam que a garantia dos ideais básicos desse sistema como universalidade, integralidade e equidade tornam-se cada vez mais difíceis.

Outro passo importante referente à busca de melhoria das condições de saúde foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com o principal propósito de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, que se configurava” (Costa, Trindade & Pereira, 2010, p. 1). Para isso, ele prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, prestando atendimento por intermédio de profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros.

O PSF, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), busca atender àquelas populações menos favorecidas social e economicamente, além de incentivar contínuas participações dos grupos atendidos e prezando o respeito aos valores e às crenças dos mesmos (Seaone & Fortes, 2009).

O PSF pode ser visto como parte das ações voltadas à Atenção Primária à Saúde⁵. Esse termo começou a ser usado por Dawson (1964) quando divide a saúde por níveis de complexidade. E se refere aos cuidados com a saúde relacionados à integralização sanitária, que responde por tratamentos acessíveis e aceitáveis à população, sendo parte integral da saúde o primeiro nível de contato com a população (Ministério da Saúde, 2002). O programa se mostra por um papel fundamental no desenvolvimento das comunidades e na construção de melhores indicadores e qualidade de vida.

Para Teixeira (2004), os objetivos do PSF se relacionam com a qualidade de vida, uma vez que as ações desse programa, além de acolher e humanizar, podem “empoderar” a população, elevando a consciência sobre os direitos sanitários e seu papel na defesa e proteção da saúde. Além disso, percebe-se a necessidade de expandir as ações básicas em saúde para educação, saneamento básico entre outros, que constituem o eixo da proposta a relacionando-a à qualidade de vida.

Cabe destacar que qualidade de vida é um conceito que, apesar de presente na linguagem cotidiana, tem um aspecto bastante amplo: “Na área da biomédica, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) descreve a percepção dos indivíduos na função física, psicológica e social” (Melo, Jansen, Pinto, Morales, Morales, Prado & Silva, 2011, p. 320).

Qualidade de Vida é um termo novo que evoluiu a partir de termos mais conhecidos como bem-estar e felicidade (Baker, 2003) e que envolve uma dinâmica de elementos que o constitui, configurando-se em um conceito complexo e amplo, como Diwan (2000) mostra, a partir da relação psicológica, física e econômica como determinantes para a boa qualidade de vida, além da boa saúde, relações pessoais saudáveis e um nível confortável de bens materiais.

Fryback (2010) também observa que existem histórias de sucesso relacionando saúde e medição de qualidade de vida. Contudo, é importante não confundir os termos “qualidade de vida” e “estado de saúde” (Smith, Avis & Assmann, 1999), apesar de serem conceitos bastante próximos, principalmente se se considerar saúde de forma mais ampla, sendo aquela que prolonga a vida e amplia a qualidade de vida (Buss, 2000), além do fato de que “Saúde e doença configuram processos relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida” (Seidl & Zannon, 2004, p. 580).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida relaciona-se à capacidade de efetuar uma “síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar” (Minayo, Hartz & Buss, 2000, p. 8), sendo,

portanto, bastante dinâmica e podendo variar de acordo com os costumes da sociedade em questão.

Assim, conforme os autores, a Qualidade de Vida está relacionada com condições de saúde, renda e trabalho e educação. Esses fatores são considerados no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é o principal indicador da qualidade de vida, e que vem sendo utilizado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com vistas a medir a qualidade de vida da população, considerando, além de aspectos econômicos, comportamentais, dentre outros.

Em outra perspectiva, a qualidade de vida, no âmbito da saúde, se relaciona às necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e se relaciona também, de maneira mais efetiva, à promoção da saúde (Minayo, Hartz e Buss, 2000), reconhecendo que nem todos os aspectos da vida em questão são relacionados a questões médicas ou sanitárias.

Pode-se, portanto, definir qualidade de vida como um padrão de condições de vida que proporcione conforto e bem-estar para a população, sendo esse conceito variável de acordo com a cultura predominante e com o contexto histórico. No entanto, alguns fatores são fundamentais para considerar a qualidade de vida, tais como saúde, educação, renda e condições de trabalho, uma vez que esses fatores, mesmo tendo seus padrões modificados, são de extrema importância no estilo de vida da população, já que são fundamentais para sua sobrevivência e bem-estar.

Assim, fica clara a relação entre a saúde, renda e a educação da população ao mostrar os princípios que a orientam, principalmente os de humanização e integridade. Nesse sentido, esses aspectos vêm atrelados à Estratégia Saúde da Família, mostrando quão abrangente pode ser um programa governamental e sua importância ampliada para a população.

A qualidade de vida pode ser considerada como aspectos da população que revelam uma maior educação preventiva da saúde, melhores índices de saúde, redução de doenças que poderiam ser evitadas, de modo que a mesma, relacionada à estratégia saúde da família, possui aspectos que fazem parte do objetivo desse programa.

3. MÉTODOS

3.1. Coleta de dados

Para alcançar os objetivos deste estudo, foram utilizados dados secundários relativos a indicadores socioeconômicos e de saúde, tendo como principais

⁵ Neste trabalho, Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde são utilizados como termos correspondentes. Sendo que o segundo se refere às

citações das políticas do Departamento de Atenção Básica, que utilizam essa expressão.

fontes o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), o Datasus – em que o Ministério da Saúde disponibiliza dados relativos à morbidade, internações, mortalidade e outros, que se referem ao estado de saúde da população (Ministério da Saúde, [s.d.]) –, o Pnud (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), Fundação João Pinheiro e Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), que, por intermédio Atlas do Desenvolvimento 2013, disponibilizaram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), sendo este um indicador de qualidade de vida municipal (Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2013). O IDH-M é um indicador calculado com dados do Censo Demográfico de 2010 e engloba três dimensões: longevidade, educação e renda, e considera a expectativa de vida ao nascer, escolaridade da população adulta, fluxo escolar da população jovem e renda per capita (Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2013).

Foram analisados 761 municípios mineiros. Dos 853 mineiros, 763 tinham a completa base de dados para execução da pesquisa, e foram excluídos das análises os municípios de São Gonçalo do Rio Abaixo e José Gonçalves de Minas, por serem *outliers* em relação ao grupo, totalizando 761 municípios analisados.

3.1.1. Construção do escore de eficiência:

O Escore de eficiência foi construído para verificar, por intermédio da Análise Envoltória de Dados (DEA), a relação ótima entre *inputs* e *outputs* relacionados a esse tipo de atenção, com vistas a indicar quais municípios têm uma melhor gestão dos seus recursos e a alcançar melhores resultados com uma quantidade proporcionalmente menor de recursos. As variáveis utilizadas para construir o escore de eficiência foram:

- Número de Unidades básicas de saúde por município dividido pelo número de habitantes. Fonte: IBGE e Datasus – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Ministério da Saúde, [s.d.]).
- Número de equipes de saúde por município dividido pelo número de habitantes. Fonte: IBGE e Datasus (Ministério da Saúde, [s.d.]).
- Despesa liquidada com gastos com atenção básica (importante salientar que não estão inclusos os gastos com mão de obra), dividido pelo número de habitantes. Fonte: IBGE e Datasus – Siops (Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) (Ministério da Saúde, [s.d.]).
- A média das seguintes coberturas vacinais, em porcentagem da população: Cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano; cobertura vacinal de tríplice viral da população de 1 ano de idade; cobertura vacinal contra poliomielite em

menores de 1 ano; cobertura vacinal em campanha contra influenza da população de 60 anos ou mais; cobertura vacinal de febre amarela em menores de 1 ano; cobertura vacinal de hepatite B em menores de 20 anos. Fonte: Datasus (Ministério da Saúde, [s.d.]).

- Índice de proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial do IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (Índice Mineiro de Responsabilidade Social, 2011). Considerando como condições sensíveis à atenção ambulatorial o conceito de Alfradique *et al.* (2009). Fonte: IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS, 2011).
- Proporção de nascidos vivos, cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Fonte: IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS, 2011).
- Proporção de nascidos vivos com peso normal. Fonte: IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS, 2011).

A partir desses instrumentos, o escore de eficiência foi gerado, e cada município tem um valor referente, que varia de 0 a 1 e representa a porcentagem de eficiência, em que 1 é a máxima. A análise do DEA foi utilizada com a orientação produto, que pretende maximizar os resultados mantendo fixa a quantidade de insumos consumidos; os municípios com eficiência nível 1 são os que se posicionaram na faixa de eficiência gerada pelo modelo, utilizando a abordagem CCR por ser a mais conservadora e, portanto, a mais discriminadora no estabelecimento da fronteira de eficiência.

3.2. Métodos de análise

Com o objetivo de evidenciar as diferenças entre os municípios mineiros quanto aos fatores que influenciam a qualidade de vida, optou-se por uma metodologia quantitativa, utilizando as técnicas de Regressão Linear Múltipla e a técnica de *Cluster* para agrupar os municípios de acordo com fatores socioeconômicos que se relacionam indiretamente e afetam o IDH-M, representando aqui um indicador de Qualidade de Vida. A escolha de técnicas quantitativas se deve à possibilidade de trabalhar com um grande número de municípios e por atender ao objetivo do estudo ao relacionar indicadores à qualidade de vida e ao agrupar municípios semelhantes.

3.2.1. Regressão Linear Múltipla

Consiste em uma análise que utiliza variáveis com valores conhecidos (independentes) para prever os valores da variável dependente selecionada pelo pesquisador (Pestana & Gageiro, 2005). Esse método

pondera cada variável independente, garantindo uma máxima previsão para o conjunto das mesmas (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009), que pontua:

Os pesos denotam a contribuição relativa das variáveis independentes para a previsão geral e facilitam a interpretação sobre a influência de cada variável em fazer a previsão, apesar de a correlação entre as variáveis independentes complicar o processo interpretativo (Hair *et al.*, 2009, p. 154).

Além de determinar as variáveis que compõem a equação, a regressão determina os resíduos, que devem ser minimizados; para isso utiliza-se o Método dos Mínimos Quadrados como método de estimação. As propriedades da equação da Regressão dos Mínimos Quadrados são: a homocedasticidade, a independência entre as variáveis aleatórias residuais e a normalidade dessa variável, além da multicolinearidade entre as variáveis independentes (Pestana & Gageiro, 2005, Hair *et al.*, 2009), que foram testadas nesse estudo.

A regressão é uma metodologia adequada para relacionar fatores ambientais à qualidade de vida, verificando qual influência esses fatores exercem sobre

o indicador em questão. Por isso, a regressão múltipla foi utilizada nesse trabalho.

Na equação formada com a análise de regressão, a variável dependente utilizada foi o IDH-M, no intuito de verificar quais das outras variáveis selecionadas têm influência sobre ele. O IDH-M, neste estudo, representa a Qualidade de Vida por ser formado por variáveis que se relacionam às questões históricas, culturais e de classes sociais, norteando o que seria um patamar material mínimo que satisfaça necessidades humanas, que seria o conceito de Qualidade de Vida (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Percebendo a renda e a escolaridade como fatores que podem variar de acordo com a sociedade em questão, e, nesse caso, não se perdendo de vista que escolaridade é a possibilidade de quebrar o ciclo de vulnerabilidade da população, a renda traz condições mínimas de sobrevivência e a longevidade se refere ao tempo de vida, à esperança de vida ao nascer, que depende de boas condições de saúde, se considerada na sua forma mais ampla. Pelas variáveis analisadas, já existia uma expectativa teórica acerca de cada uma delas, como está exposto no Quadro 1.

Quadro 1: Expectativa teórica para as variáveis utilizadas na Regressão.

Variável	Expectativa teórica na influência do IDH-M
Famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família por habitante	-
Proporção de óbitos por causas mal definidas	-
Taxa de emprego no setor formal	+
Percentual de População Urbana	+
Índice de envelhecimento	+
Escore de eficiência da APS	+

Fonte: Elaboração do autor.

Por intermédio da análise de regressão realizada, tem-se o modelo resumido na Tabela 1 tendo como variável dependente o IDH-M e como previsores ou variáveis independentes as seguintes: % Famílias Beneficiadas pelo Bolsa Família, Índice de envelhecimento (%), Escore eficiência, Proporção de óbitos por causas mal definidas (%), Percentual de população urbana (%), Taxa de emprego no setor formal (%). Essas variáveis foram escolhidas com a hipótese de que influenciam a qualidade de vida da população. Assim os autores acreditam que a proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família por habitante indica a vulnerabilidade da população de determinado município, uma vez que esses beneficiários são comprovadamente vulneráveis e por esse motivo a expectativa é de que se relacione negativamente com a qualidade de vida. Assim como a proporção de óbitos por causas mal definidas, que

mostra um sistema de saúde pouco eficiente, uma vez que indica óbitos cujas causas não foi possível definir.

Espera-se que a taxa de emprego no setor formal influencie positivamente a qualidade de vida, porque além de mostrar que a população possui um emprego, e portanto melhores condições de garantir condições melhores de vida, grande parte da população empregada formalmente possui acesso a planos de saúde e, portanto, não depende somente do sistema de saúde pública, o que possibilita um melhor atendimento às pessoas que necessitam.

A expectativa acerca do percentual de população urbana se justifica pelo acesso facilitado que a população urbana tem aos meios de saúde, principalmente no que se refere aos gastos de transporte. Sendo uma justificativa semelhante à expectativa sobre o índice de envelhecimento, já que a população idosa tem mais acesso aos meios de saúde pública, por se disponibilizar a receber as equipes da

ESF, por ter tempo disponível para participar das atividades de promoção de saúde e por se preocupar mais com a saúde, nessa fase da vida.

O escore de eficiência é uma variável que se tem uma expectativa positiva na influência na

qualidade de vida, porque ele foi medido através da eficiência da APS nos municípios, e, se os municípios são eficientes da promoção da saúde, isso leva a uma melhoria da qualidade de vida dos seus cidadãos.

Tabela 1: Resumo do modelo – Variável dependente IDH-M

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	0,793 ^a	0,629	0,626	0,030148

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram confirmadas as expectativas teóricas acerca das variáveis, e depois de feitos os testes para a confirmação do Método de Estimação Utilizado dos Mínimos Quadrados, sendo os coeficientes significativos.

3.2.2. Análise de Cluster

A Análise de *Cluster* tem como objetivo agrupar objetos ou indivíduos segundo suas características fundamentais, formando grupos ou conglomerados semelhantes. Dessa forma, “a identificação destes grupos amenizará os problemas de comparação de unidades de análise heterogêneas, agrupando os municípios mais semelhantes e separando os mais distintos” (Santos, 2011, p. 40), considerando as disparidades de vários aspectos presentes nas diferentes regiões do estado. De acordo com Hair *et al.*, (2009), cada objeto do agrupamento deve ser semelhante aos outros no mesmo grupo em relação a um critério predeterminado.

Neste trabalho, será utilizado o método não hierárquico *K-Means*. Esse método consiste em realizar a partição inicial dos municípios em *K clusters*, definidos pelo pesquisador, para, em seguida, proceder ao cálculo dos centroides para cada um dos *K clusters*, além do cálculo da distância euclidiana dos centroides para cada sujeito na base de dados.

Nessa técnica de análise multivariada de dados, os conglomerados obtidos devem apresentar tanto homogeneidade interna (dentro de cada conglomerado) quanto grande heterogeneidade externa (entre conglomerados). Portanto, se a aglomeração for bem-sucedida, quando for representada em um gráfico, os objetos dentro dos conglomerados estarão muito próximos, enquanto os conglomerados distintos estarão afastados.

É comum nas análises em ciências sociais aplicadas, a exemplo da Administração e da Economia, dar nomes a cada agrupamento de acordo com suas características. É comum realizar também uma análise descritiva comparativa para a validação dos agrupamentos, tomando como referência as variáveis selecionadas.

Entende-se, portanto, que é possível segmentar os municípios estudados em função de características que podem alterar o desenvolvimento municipal e a qualidade de vida que não estão relacionadas à ESF, com o intuito de isolar essas variáveis, fazendo uma análise da qualidade de vida nesses municípios considerando somente o impacto da ESF sobre ela.

Nessa etapa de análise de aglomerados, o escore de eficiência não foi utilizado porque se pretende que ele sirva de classificação para os municípios de cada *cluster* em uma etapa posterior do estudo.

Os 761 municípios analisados foram agrupados de acordo com os valores das variáveis consideradas na equação de regressão, exceto o escore de eficiência. Foram formados 3 *clusters* considerando as variáveis: índice de envelhecimento, percentual de população urbana, taxa de emprego no setor formal, proporção de óbitos por causas mal definidas e famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família por habitante. Foi realizada a análise ANOVA para verificar se a diferença entre os grupos foi significativa, por se entender que em todas as variáveis existe diferença significativa entre os grupos. Para tanto, foram formados três grupos, com um número próximo de municípios em cada: o grupo 1 com 256 municípios, o grupo 2 com 246 e o grupo 3 com 259, totalizando os 761 municípios que participaram da análise.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na análise da regressão múltipla, tem-se a equação formada tendo como variável dependente o IDH-M:

$$IDHM = 1,118 \times 10^{-15} + 0,09E - 0,389PF - 0,046PO + 0,137TE + 0,2995PU + 0,146IE$$

Sendo:

E = Escore de eficiência.

PF = Percentual de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

PO = Proporção de óbitos por causas mal definidas.

TE = Taxa de emprego no setor formal.

PU = Percentual de população urbana.
IE = Índice de envelhecimento.

O escore de eficiência exerce um efeito marginal no IDH-M de 0,09 positivo na Qualidade de Vida, ressaltando a expectativa teórica de que a Atenção Primária à Saúde atende a um conceito mais amplo de saúde, que abrange no sentido de prolongar e melhorar a Qualidade de Vida (Buss, 2000).

Nesse sentido, um aumento da eficiência na Atenção Primária à Saúde eleva a Qualidade de Vida dos indivíduos daquela população, sendo uma das possíveis razões o atendimento da ESF às populações menos favorecidas social e economicamente, além do incentivo a contínuas participações dos grupos atendidos e prezar o respeito aos valores e às crenças dos mesmos, ressaltando o caráter amplificado de saúde (Seaone & Fortes, 2009).

Ainda entre as variáveis que exercem influência positiva sobre o IDH-M, um aumento delas reflete em um aumento proporcional no IDH-M. Nesse parâmetro, há a taxa de emprego no setor formal, que é a razão entre o número de pessoas empregadas no setor formal e a população na faixa etária de 16 a 64 anos, disponível no IMRS (IMRS, 2011). A proporção de pessoas empregadas no setor formal é um indício de pessoas com renda fixa e da possibilidade de um planejamento familiar, o que garante um patamar material mínimo que satisfaça necessidades humanas (Minayo, Hartz & Buss, 2000), e essas pessoas com emprego no setor formal podem garantir à sua família o acesso a transporte, a habitação e a saneamento, que, para L'Abbate (2009), estão implicados no conceito mais amplo de saúde como complementaridades das condições de vida, além de se relacionar a assuntos mais amplos como economia e política (Sicoli & Nascimento, 2003).

Assim como a densidade populacional supracitada, existe outra variável que influencia diretamente o IDH-M, a que se refere ao percentual de População Urbana. Ela consiste na razão entre a população residente na área urbana e a população residente no município (IMRS, 2011) e percebe-se que, quando a população é mais concentrada no perímetro urbano, mais fácil será o acesso à saúde e outros meios que viabilizam a qualidade de vida, já que a proximidade com escolas, locais de atendimento de saúde, entre outros aspectos, que consideram conceitos como saúde, educação e renda (Minayo, Hartz & Buss, 2000, L'Abbate, 2009).

Entende-se, porém, que o termo pode gerar uma dupla interpretação: o fato de que se falar em qualidade de vida pode remeter a uma vida com menos atribuições, que se encontra na zona rural, por exemplo; todavia, a zona rural possui maiores dificuldades de acesso, fator pelo qual os gestores municipais devem se esforçar para suprir. Dessa forma, em um município em que a proporção da população urbana é maior, o esforço para o acesso da zona rural a

serviços de saúde e educação pode ser menor, o que possibilita investimentos diversificados.

Outra variável analisada foi o índice de envelhecimento, que se diferencia da longevidade considerada no IDH-M, já que o mesmo é calculado dividindo o número de pessoas com mais de 65 anos pelo número de pessoas com menos de 15 anos (IMRS, 2011), enquanto a longevidade é calculada pela expectativa de vida ao nascer, esta, por sua vez, que considera uma série de fatores como o histórico de mortalidade de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos da população em questão.

Uma das possibilidades de ocorrência de cidades com um índice de envelhecimento mais elevado terem maiores índices de qualidade de vida pode ser devido à renda constante dos idosos em virtude da aposentadoria, além do que a população idosa está mais disponível para participar ativamente e contribuir para a troca de saberes, experiências, além de permitir interações entre os profissionais e as famílias atendidas, que é fator fundamental para o tratamento de saúde da atenção primária (Leite & Veloso, 2009).

A variável famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família por habitante se refere ao número médio mensal de famílias com transferências de benefícios referentes ao Programa Saúde da Família dividido pelo número total de população do município, na tentativa de criar uma proporção, disponível no IMRS (IMRS, 2011). Esse número de famílias beneficiárias do PBF é uma variável que remete à pobreza e vulnerabilidade da população, e se relaciona negativamente ao indicador de qualidade de vida, já que os beneficiários desse programa precisam ter uma renda mínima estipulada por ele para receberem esse benefício.

Dessa forma, percebe-se a relação da pobreza com a qualidade de vida, uma vez que, entre os conceitos que compõem o termo, está a não privação de nenhuma necessidade humana, mostrando dimensões psicológicas, físicas e econômicas como determinantes para a qualidade de vida (Diwan, 2000, Minayo, Hartz & Buss, 2000). Soma-se também, nesse argumento, o fato de que a população mais vulnerável tem maior dependência dos serviços públicos de saúde, nutrição, moradia e saneamento (Henrique & Calvo, 2008).

Além dele, a proporção de óbitos por causas mal definidas também se relaciona negativamente com o indicador de qualidade de vida e consiste na razão entre o número de óbitos por causas não definidas, como define o capítulo XIII da CID 10, que são sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Banco de Saúde, [s.d.]), e o número total de óbitos da população residente, segundo o IMRS (Índice Mineiro de Responsabilidade Social, 2011). Essa razão de óbitos, sem causas definidas, aparenta um certo descaso com a saúde da população, por isso ela se relaciona de maneira negativa com a qualidade de vida, justamente

por essa estar relacionada com bons níveis de saúde (Buss, 2000, Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Quando a população morre sem causas definidas, percebe-se que não existe um acompanhamento da saúde que garanta as condições de vida como deveria existir para que a saúde e a qualidade de vida se efetivassem. Essas mortes sem causas definidas também podem revelar homicídios ocultos (Cerqueira, 2013), que são homicídios não reconhecidos que são classificados como mortes sem

causas determinadas, o que ainda traz à tona uma discussão sobre violência e segurança dos municípios, além da qualidade de atendimento médico para determinar as causas dessas mortes.

4.2. Análise de Cluster

As estatísticas descritivas dos grupos formados por intermédio da Análise de Cluster são mostradas na Tabela 2.

Tabela 2: Estatísticas descritivas dos grupos

Número do cluster	Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
1	% Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	3,32%	16,59%	11,23%	2,50%	-0,69	0,43
	Proporção de óbitos por causas mal definidas (%)	0%	62,50%	18,62%	13,88%	0,83%	0,22
	Taxa de emprego no setor formal (%)	3,10%	50,30%	12,49%	5,92%	2,11	7,45
	Índice de envelhecimento (%)	17%	85,80%	42,54%	12,22%	0,40	-0,18
	Percentual de população urbana (%)	18,60%	76,90%	47,61%	12,34%	-0,09	-0,66
2	% Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	2,27%	15,56%	8,12%	2,64%	0,34	-0,35
	Proporção de óbitos por causas mal definidas (%)	0%	32,00%	8,18%	7,17%	0,99	0,54
	Taxa de emprego no setor formal (%)	5,60%	44,90%	18,13%	6,07%	0,69	1,14
	Índice de envelhecimento (%)	38,80%	97,60%	61,92%	11,24%	0,55	0,13
	Percentual de população urbana (%)	39,80%	96,60%	70,05%	10,97%	-0,19	-0,20
3	% Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	1,68%	14,11%	6,32%	2,56%	0,65	-0,02
	Proporção de óbitos por causas mal definidas (%)	0%	47,88%	10,53%	7,65%	1,49	3,37
	Taxa de emprego no setor formal (%)	7,10%	110,20%	30,56%	13,36%	1,81	6,85
	Índice de envelhecimento (%)	15%	63,70%	42,57%	9,63%	-0,11	-0,27
	Percentual de população urbana (%)	50,70%	100%	84,51%	9,82%	-0,70	0,34

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Na Tabela 2 é possível verificar que os grupos possuem comportamentos semelhantes entre as variáveis, já que os desvios padrão são semelhantes em cada uma delas. Entretanto, a assimetria e curtose de cada variável nos grupos mostra que, em cada um deles, as medidas têm um comportamento diferente, além de as médias entre os grupos se diferenciarem, o que foi

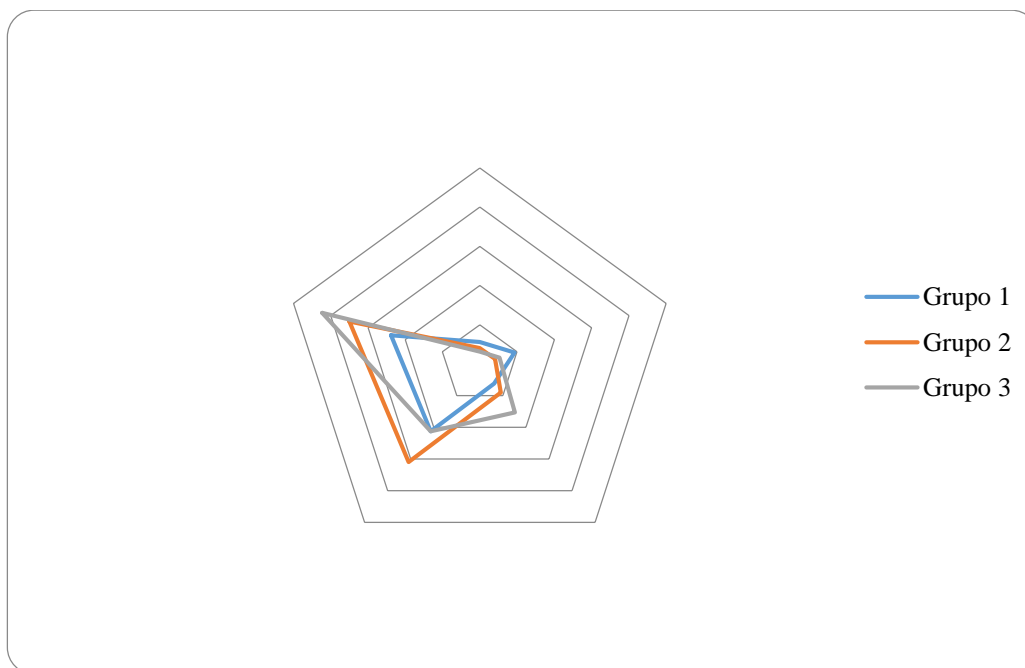
confirmado pelo teste ANOVA, como sendo diferentes estatisticamente. Assim, percebe-se que cada grupo formado se diferencia no que se refere a variáveis que interferem diretamente na Qualidade de Vida da população.

Na Figura 1 é possível verificar a variação dos três grupos nas 5 variáveis em questão. Nela, é

demonstrado que os municípios do Grupo 3 apresentam um comportamento diferente em todas as variáveis e que o Grupo 1 é mais constante (tem valores menores em todas).

É possível notar que essa divisão por grupos apenas torna mais justa a comparação de municípios do mesmo grupo, uma vez que eles possuem características não controladas capazes de influenciar a qualidade de vida.

Figura 1: Comportamento dos grupos.



Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando as variáveis, nota-se que a Proporção de óbitos por causas mal definidas e as famílias beneficiadas pelo PBF apresentaram valores baixos nos três grupos, se comparadas com as outras variáveis. Enquanto o Percentual da população urbana, o Índice de envelhecimento e a Taxa de emprego no setor formal apresentam grandes variações entre os grupos. Essa maior variação foi confirmada analisando, de acordo com o Teste F, as diferenças entre as médias dos grupos mais significantes. Verificou-se que essas são as três variáveis em que os grupos mais diferenciavam suas médias, ou seja, as variáveis em que suas médias tinham diferenças mais significativas.

Analisando os clusters e suas características é possível visualizar a diferença entre os grupos em relação às variáveis em questão e perceber que entre municípios do mesmo grupo, com um comportamento semelhante, as diferenças na eficiência da qualidade de vida podem ser um efeito de especificidades de gestão que existem em cada um deles.

Isso corrobora o apresentado por Spinks e Hollingsworth (2009), que falam do direito à saúde como um fator complexo atrelado a outras obrigações do Estado, relativas ao bem-estar da população, que integram as políticas de saúde a outras políticas sociais e econômicas (Campos, Barros & Castro, 2004).

Contudo, para se efetivar esse direito, exige-se uma atenção maior, principalmente no que tange ao acesso da população mais pobre.

L'Abbate (2009) mostra ainda a amplitude do direito à saúde, que se relaciona ao direito ao transporte, à habitação e ao saneamento como complementares relacionados às condições de vida. Percebe-se também que a promoção à saúde atua de forma que permite que fatores relacionados como política, economia, meio ambiente e fatores socioculturais sejam favoráveis à saúde (Sicoli & Nascimento, 2003). Tais aspectos possibilitam verificar que a saúde e a sua promoção se integram a outros fatores relacionados à qualidade de vida.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho possibilita concluir que a Qualidade de Vida, o objetivo de médio e longo prazo da Estratégia Saúde da Família (ESF), é influenciada por vários fatores socioeconômicos. Esses fatores não são o foco atual de trabalho somente do Ministério da Saúde, mas são trabalhados por outros setores do governo, como a Secretaria do Desenvolvimento Social

e Combate à Fome (MDS), Ministério das Cidades e outros.

Assim, na área de estudos da Administração Pública, este estudo vem mostrar que as políticas transversais podem levar à melhoria da qualidade de vida da população, já que esse é um conceito amplo, influenciado por várias características da população.

É importante salientar que o foco das políticas públicas não deve ser os fatores que influenciam a Qualidade de Vida, mas causas gerenciáveis que implicam esses fatores, o que corroborará para melhoria da gestão pública em saúde. Como fator que influencia o IDH-M, por exemplo, pode-se mencionar o caso do número de beneficiários que recebem o Programa Bolsa Família; ele reflete a pobreza da população, atingindo um índice de forma negativa. Já a proporção de empregos no setor formal atinge um índice de forma positiva; dessa forma, os municípios que focam em programas que pretendem aumentar o índice de empregados no setor formal podem modificar esses dois fatores, melhorando a renda da população, fazendo com que algumas famílias não precisem ser beneficiárias do PBF e gerando emprego no setor formal.

No caso do índice de envelhecimento e a proporção de população urbana, estes não podem ser modificados por políticas públicas, mas mostram características da população que exigem políticas específicas ou diferenciadas, que podem melhorar posteriormente a qualidade de vida. São exemplos o favorecimento do deslocamento dos agentes comunitários de saúde nas comunidades rurais, o foco

nas escolas e Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona rural, as ações específicas para saúde de idosos e outras ações que podem maximizar o impacto positivo que esses indicadores possuem na qualidade de vida.

Como aspecto relevante do trabalho, pode-se dar destaque à influência da saúde no indicador de qualidade de vida utilizado. Percebe-se essa influência por duas variáveis: proporção de óbitos por causas mal definidas e eficiência da Atenção Primária à Saúde. O número de óbitos por causas mal definidas influencia negativamente a qualidade de vida e apresenta uma falha nos serviços de saúde, porque mostra que não houve um acompanhamento do paciente (influência da atenção primária), não houve um tratamento adequado (influência da atenção secundária e terciária) e ainda não foi possível identificar a causa da morte, o que revela uma falta de efetividade no serviço.

O escore de eficiência da Atenção Primária se relaciona positivamente com a qualidade de vida e mostra que a saúde, na sua dimensão mais ampla, revela a qualidade de vida. A saúde de forma integral (que é aquilo a que aspira a ESF) é capaz de modificar o modo de vida da população, melhorando a sua qualidade e tratando a população antes de tratar a doença.

A partir dessas circunstâncias e verificações, é possível alertar gestores sobre a importância do cuidado com a atenção primária, bem como o cuidado para se conhecer as características do município para desenvolver políticas e programas específicos de modo que a gestão municipal possa proporcionar melhores condições para a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

Abdalla, M. M., Azevedo, C. E. F., Gonzalez, R. K., Oliveira, L. G. L. & Nippes, R. C. (2012). *Finanças nos cursos de Administração: Análise do interesse pessoal discente*. Revista Brasileira de Orientação Profissional, 13 (1), 87-101.

Alfradique, M. E., Bonolo, P. F., Dourado, I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., Oliveira, V. B., Sampaio, L. F. R., Simoni, C. & Turci, M. A. (2009). *Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto Icsap-Brasil)*. Cadernos de Saúde Pública, 25 (6), 1337-1349.

Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2013). Recuperado em 12 de novembro de 2013 de: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>.

Baker, W. E. (2003). *Defining Quality of Life in Alabama: A Perceptual Community Based Definition*

for Local Leaders. International Journal of Public Administration, 26 (7), 733-751.

Bezerra, P. C. L., Optiz, S. P., Koifman, R. J. & Muniz, P. T. (2011). *Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008*. Cadernos de Saúde Pública, 27(12), 2441-2451.

Banco de Saúde [s.d.]. *Cid 10 Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Recuperado em 15 de novembro de 2013 de: <http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos>.

Buss, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 5 (1), 163-177.

BRASIL. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto

- Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
- Campos, G. W., Barros, R. B. & Castro, A. M. (2004). *Avaliação de política nacional de promoção à Saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749.
- Cerqueira, D. (2013). *Mapa de Homicídios Ocultos no Brasil*. Ipea, Brasília. Resgatado em 09 de julho de 2013 de:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19232
- Constituição do Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: Constituição do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988*. (35). Brasília: Câmara dos Deputados. Resgatado em 08 de setembro de 2015 de:
http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=9.
- Costa F. B., Trindade M. A. N., Pereira M. L. T. (2010). *A inserção do biomédico no programa de saúde da família*. *Revista Eletrônica Novo Enfoque*, 11(11), 27-33.
- Dawson B. (1964). *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines*. Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Departamento de Atenção Básica [s.d.]. Resgatado em setembro de 2015 de:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php. Acesso em 03/09/2015.
- Diwan, R. (2000). *Relational wealth and the quality of life*. *Journal of Socio-Economics* 29, 305-340.
- Fryback, D. G. (2010). *Measuring Health-related quality of life*. Workshop on Advancing Social Science Theory: The importance of Common Metrics The National Academies, Division of Behavioral and Social Sciences and Education Washington, D. C.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6. ed.). Porto Alegre: Editora Bookman.
- Henrique, F. & Calvo, M. C. M. (2008). *Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(4):809-819.
- Índice Mineiro de Responsabilidade Social – IMRS (2011). Resgatado em 05 de agosto de 2013 de:
<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/indicadores-sociais/-imrs-idade-mineiro-de-responsabilidade-social>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). CENSO 2010. Recuperado em 03 de outubro de 2013 de:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm.
- L'Abbate, S. (2009). *Direito à Saúde: Discursos e práticas na construção do SUS*. São Paulo: Hucitec.
- Leite, R. F. B. & Veloso, T. M. G. (2009). *Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 50-62.
- Medeiros, C. R. G., Meneghel, S. N., Gerhardt, T. E. (2012). *Desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares em pequenos municípios*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2953-2962.
- Melo, T. R., Jansen, A. K., Pinto, R. M. C., Morales, R. R., Morales, N. M., Prado, M. M. & Silva, C. H. M. (2011). *Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade*. *Revista Esc. Enfermagem USP*, 45(2), 319-26.
- Melo, W. F. & Domenico, S. M. R. (2012). *A Influência dos Valores Organizacionais no Desempenho de Agências Bancárias*. *RAC*, 16 (1), 137-156.
- Mickel, A., Dallimore, E. J. & Nelson, C. (2008). *What does the pursuit of a high quality of life entail?: Grounding a theoretical*. *Community, Work & Family*, 11 (3), 313-336.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: Um debate Necessário*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5 (1),7-18.
- Ministério da Saúde (2002). Secretaria de políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. *As Cartas de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2005). *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização/Ministério da Saúde*. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP – Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em janeiro de 2012 de:
<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/avalia%E7%E3o%20na%20aten%E7%E3o%20basica%20em%20saude.pdf>. Acesso em 23 de janeiro de 2012.

- Ministério da Saúde [s.d.]. *Informações de Saúde*. Recuperado em 04 de agosto de 2013 de: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?are a=02>.
- Paschoa, S., Zanei, S. S. V. & Whitaker, I. Y. (2007). Qualidade de Vida dos trabalhadores de Enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul. Enferm.*, 20 (3), 305-10.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (4. ed.). Lisboa: Sílabo.
- Reinert, M. & Maciel, C. O. (2012). *Análise das Díades para Compreender a Semelhança da Ação Estratégica: uma aplicação da Regressão Múltipla QAP (MRQAP)*. REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales, 22 (5), 81-105.
- Santos, L. M. (2011). *Avaliação do Desempenho da alocação dos recursos na região Sudeste do Brasil*. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Seaone, A. F. & Fortes, P. A. C. (2009). *A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações*. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 42-49.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. *Caderno Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. (2003). *Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7 (12), 101-22.
- Silva, C. A. T., Rodrigues, F. F. & Abreu, R. L. (2007). *Análise dos Relatórios de Administração das Companhias Abertas Brasileiras: um Estudo do Exercício Social de 2002*. *RAC*, 11 (2), 71-92.
- Smith, K., W. Avis, N. E. & Assmann, S. F. (1999). *Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis*. *Quality of Life Research*, 8 (5), 447-459.
- Souza, G. C. A. & Costa, I. C. C. (2010). *O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças*. *Saúde e Sociedade*, 19 (3), 509-517.
- Spinks, J. & Hollingsworth, B. (2009). *Cross-country comparisons of technical efficiency of health production: a demonstration of pitfalls*. *Applied Economics*, 41, 417-427.
- Tamayo, N. & Abbad, G. (2006). *Autoconceito Profissional e Suporte à Transferência e Impacto do Treinamento no Trabalho*. *RAC*, 10 (3), 09-28.
- Teixeira, C. F. (2004). *O SUS e a Vigilância em Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/proformar.